

GUÍA PARA PROFESIONALES

Claves para aproximarse a la sexualidad
de las personas inmigrantes



unaf

unión de
asociaciones
familiares



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN Y
EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
MIGRACIONES



UNIÓN EUROPEA
FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural

GUÍA PARA PROFESIONALES

Claves para aproximarse a la sexualidad
de las personas inmigrantes



unión de
asociaciones
familiares

Su sexualidad
también es importante



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN Y
EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
MIGRACIONES



UNIÓN EUROPEA
FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural

Créditos:

Autoría y edición: UNAF - Unión de Asociaciones Familiares

Imprime: Pardedós

Imágenes de portada: Dándole vueltas

Depósito Legal: M-36703-2013

ÍNDICE

1. Presentación.....	5
2. La salud sexual y la sexualidad. Marco conceptual	9
3. Respeto, igualdad y empoderamiento <i>versus</i> violencia.....	18
4. Derechos sexuales y reproductivos: Derechos Humanos	22
5. Población inmigrante y salud. La diversidad	33
6. Caracterización de la población inmigrante en España	38
7. Población inmigrante en situación de prostitución	51
8. Estrategias y metodologías para el abordaje de la sexualidad en las acciones y programas comunitarios.....	55
9. Algunas consideraciones finales.....	67
10. Algunos recursos sobre sexualidad	73
11. Bibliografía	75

1. PRESENTACIÓN

La presente guía tiene por objeto servir de apoyo al personal -profesional o voluntario- que desarrolla su actividad en el ámbito de la inmigración para que, aun sin ser experto, incluya la sexualidad en los programas y actuaciones dirigidos a las personas inmigrantes.

No es la primera vez que la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) aborda la sexualidad de las personas inmigrantes, y ello es así porque la sexualidad está directamente relacionada con la salud sexual en lo que se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social de las personas y de las esferas en las que se desenvuelven y relacionan (amistades, familia, pareja y otros entornos), trascendiendo el concepto de salud asociado a la ausencia de enfermedad, disfunción e incapacidad.

Por otra parte, para que la salud sexual se logre y se mantenga es imprescindible el respeto de los derechos sexuales de todas las personas, lo que exige un enfoque riguroso y positivo de las relaciones sexuales y de la sexualidad, atendiendo los distintos factores que afectan, de manera diferente, a mujeres y a hombres.

Si además tenemos en cuenta que el personal -profesional o voluntario-, que desarrolla su actividad en el ámbito de la inmigración tiene entre sus objetivos atender los problemas derivados de las relaciones humanas prestando asesoramiento,



atención, información y orientación para su resolución y para incrementar el bienestar en las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes, incorporar la sexualidad en sus proyectos de intervención, partiendo de la idiosincrasia de las poblaciones inmigrantes con las que trabajen e incorporando la perspectiva de género, supondrá un valor añadido a sus proyectos y programas.

Unido a todo lo expuesto, existen más razones que nos han movido a elaborar esta guía:

En primer lugar, para hacer una llamada de atención al personal que desarrolla su actividad en entidades sociales, públicas o privadas, sobre la necesidad de revisar periódicamente la normativa vigente relativa al acceso al sistema público de salud y, en concreto, a la salud sexual y reproductiva de las personas inmigrantes, dados los cambios legislativos y las reformas de las administraciones públicas que están produciéndose en España y que afectan de manera determinante a este sector de la sociedad.

En segundo lugar, porque siendo conscientes de que los cambios pueden continuar produciéndose y que, dada la situación económica, se prevé que lo que esté por venir no facilite, precisamente, la vida de las personas inmigrantes, quienes trabajamos con ellas debemos tener en cuenta esta situación y disponer de recursos básicos para aportarles y aportarnos herramientas e información, sustantiva y actualizada (periódicamente revisada), que les permita afrontar su estancia en nuestro país cuidando su salud, mejorando su bienestar, su calidad de vida y, por ende, su sexualidad, tanto personal como familiar y del entorno de acogida, sin perder la referencia del entorno de origen.

En tercer lugar, porque entendemos que el abordaje de la sexualidad no tiene por qué realizarse desde la especialización ni ser tratado en exclusiva por profesionales de la sexología, dado que ésta -la sexualidad humana- es un ámbito fundamental en el desarrollo integral de las personas, pues está directamente relacionada con la salud, el bienestar y la calidad de vida. A pesar de ello, la sexualidad apenas se tiene en cuenta en el diálogo intercultural quizás porque, al estar afectada por tabúes y cargada de valores (culturales, religiosos, de género, etc.), su incorporación en los programas rela-



cionados con las necesidades básicas para la supervivencia cotidiana (empleo, vivienda, papeles...) supone una dificultad añadida, porque en las organizaciones e instituciones de acogida, atención e información, la sexualidad se percibe como un tema complicado,

pleno de aristas y matices, optándose por dejarlo aparcado o derivarlo hacia personas expertas en la materia. Sin embargo, la sexualidad, al constituir un aspecto central del ser humano, necesariamente tiene que ser tenida en cuenta cuando se trabaja con personas en general y, en particular, con aquellas que, por diversas causas, tienen más dificultades para su pleno desarrollo vital y el de sus familias, como sucede con la población inmigrante y en especial con las mujeres.

En cuarto lugar, porque otro aspecto que complica abordar la sexualidad en el marco de la intervención y la atención social, y en las relaciones que se establecen entre quienes prestamos servicios (cualquiera que sea nuestro estatuto) y las personas usuarias de los mismos, es nuestra propia sexualidad que, permanentemente y aun sin desearlo, ponemos en juego aunque no le demos un lugar, no hablemos de ella, o nos limitemos a la escucha de nuestras/os interlocutoras/es. Porque también nuestra sexualidad está cargada de valores y estereotipos que nos limitan o que sencillamente fluyen poniendo en contradicción lo que decimos que hay que hacer con lo que en realidad hacemos e incluso pensamos, evidenciándose los prejuicios que subyacen en nuestra concepción cultural de la sexualidad y en las diferentes maneras de entenderla y vivirla, tanto en nuestro entorno como en contextos culturales diferentes a los nuestros.

En quinto lugar, porque no siempre contamos con claves e instrumentos, conceptuales y metodológicos, para abordar la complejidad que entraña la sexualidad humana y las diferentes sexualidades de los seres humanos atendiendo sus especificidades culturales y su género.

En sexto y último lugar, porque los derechos sexuales y reproductivos que garantizan el logro y el mantenimiento de la salud sexual y, por ende, el desarrollo pleno de nuestra sexualidad, deben ser ejercidos, protegidos y respetados.

Así las cosas, para contribuir a superar los obstáculos que limitan el abordaje de la sexualidad a las personas que trabajan o hacen tareas de voluntariado con personas inmigrantes, en UNAF hemos elaborado esta guía con el objetivo de aportar más elementos para que el personal NO experto en esta materia, que trabaje con población inmigrante, pueda incorporar un tema tan complejo en cualquier ámbito de intervención, sobre todo en aquellos en los que la diferencia y la diversidad nos obliga a movernos en micro-universos plurales, lo que requiere de claves que nos permitan comprender que cuando hablamos de sexualidad en realidad hablamos de sexualidades y que ésta es asunto de todas y de todos.

2. LA SALUD SEXUAL Y LA SEXUALIDAD. MARCO CONCEPTUAL

Aunque la sexualidad debe ser entendida y analizada en su conjunto, dada su complejidad y la multiplicidad de factores que intervienen en su desarrollo y expresión, y con el fin de focalizar nuestras actitudes hacia ella de manera positiva, vamos a ir desgranando cada una de las partes que la constituyen, así como los conceptos, las definiciones y las líneas que dan soporte al abordaje de la salud sexual y de la sexualidad humana y los elementos que intervienen para su adecuado desarrollo, que son fundamentales para valorar su magnitud cuando se interactúa desde marcos culturales, económicos y sociales en los que la diversidad es el factor dominante. Así pues, comenzaremos recurriendo a las diferentes definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud sexual y sexualidad humana, identificando y definiendo, a partir de ahí, los diferentes conceptos que las caracterizan y que debemos tener en cuenta.

SALUD SEXUAL

La OMS la define como: *“... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”*. Por su parte, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es: *“... la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”*.

Ambas organizaciones coinciden en afirmar que para lograrla y mantenerla se requiere: *“... un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”*.

LA SEXUALIDAD

Según la OMS, la sexualidad es un aspecto fundamental en la vida del ser humano que se caracteriza por: el erotismo (capacidad de expresar y provocar placer), la vinculación afectiva (capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas), la reproducción-reproductividad (capacidad de tener descendencia, criarla, cuidarla y educarla, desarrollada a través de la maternidad y la paternidad, así como de cuidar y educar a otros seres con los que la vinculación sea meramente afectiva, realizada mediante el *maternaje* y el *paternaje*) y el sexo genético y físico. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento humano, en particular en los niveles biológico, psicológico, cultural y social.

La sexualidad está reconocida como un DERECHO universal, cuyo único límite personal es el respeto al Derecho de las demás personas a elegir su propia sexualidad y con quién quieren compartirla.

La sexualidad NO se debe confundir con el SEXO ya que la sexualidad abarca “... al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores

biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”, tal y como señala la OMS. Es evidente, por



tanto, que todas y todos tenemos sexualidad y que cada cual la vivimos de manera diferente y la manifestamos de forma distinta, no sólo en función de nuestros propios deseos y necesidades sino del marco social, cultural y religioso en el que nos hayamos educado o en el que nos desenvolvamos. Así pues, dada la complejidad de factores que intervienen, no podemos hablar de sexualidad sino de sexualidades pues cada ser humano es portador de una sexualidad diferente en función de su ámbito de procedencia, del cuerpo desde donde se exprese, del sexo que lo determine, del género en el que haya sido construido, de sus deseos...

Para comprender la dimensión de la sexualidad humana, de las sexualidades, vamos a definir cada uno de los elementos que interactúan en su caracterización:

EL SEXO

Los seres humanos nacemos hombres o mujeres. La diferencia entre ambos se reconoce a través del cuerpo, más concretamente de los genitales y del aparato reproductor que marcan la diferencia biológica que nos define como seres sexuados.

EL GÉNERO

El género es una construcción social y cultural que, en función de la sexualidad del sujeto y antes de que tenga noción de sí, le atribuye determinadas características y/o cualidades (de comportamiento, psíquicas, afectivas, actitudinales, culturales y sociales) que se implementan a través del conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento esperable y deseable para un sexo determinado: hombre=masculino; mujer=femenino. De este modo, lo masculino y lo femenino queda absolutamente separado desde el momento en que la persona nace, teniendo que responder cada sujeto a unas expectativas, ajenas a él o ella, sobre las que no puede decidir. El género, lo femenino y lo masculino, es modificable, es decir, está sujeto a transformaciones porque sus atribuciones son culturales y la cultura además de ser diversa, es cambiante.

ROLES DE GÉNERO

Los roles de género, por tanto, hacen referencia al conjunto de normas sociales y de comportamiento generalmente percibidas como apropiadas para los hombres y las mujeres en un grupo o sistema social dado, en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y femineidad-expresión pública de la identidad de género-. Tanto lo femenino como lo masculino están determinados a relacionarse socialmente por distintos ámbitos (o esferas) que marcan diferencias en el uso de los tiempos y los espacios. Así, al sujeto hombre-masculino, se le asignan tareas que se desarrollan en la esfera pública y cuyos fines se fundamentan en la provisión de recursos, el mantenimiento y el sustento familiar, que son consideradas tareas productivas y que están valoradas económica, cultural y socialmente. Además, están sujetas a horarios, proporcionan relaciones y se les reconoce la capacidad de tomar decisiones. Por su parte, al sujeto mujer-femenino, se le



asignan tareas que se desarrollan en las esferas doméstica y privada cuyos fines se fundamentan en la reproducción biológica, la crianza y los cuidados, que son consideradas tareas reproductivas -reproducir significa repetir lo que otros hacen- y que NO están valoradas NI económicamente (pues no se percibe remuneración por ellas), NI culturalmente (pues no se habla de ellas, son invisibles), NI socialmente (pues se desarrollan en espacios cerrados y aislados -el hogar-). Además NO están sujetas a horarios, producen aislamiento y NO se les reconoce la capacidad de tomar decisiones y cuando se toman su impacto no afecta a los intereses de la comunidad.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos son imágenes, exageradas y simplistas, que se tienen sobre una persona o sobre un grupo de personas. Los roles de género, al establecer qué es propio de un hombre y qué de una mujer, legitiman la creación de **estereotipos** que asignan a todos los hombres ciertos valores y capacidades (fuerza, autonomía, decisión, objetividad, iniciativa, etc.) acordes con las funciones productivas, mientras que a todas las mujeres se les asigna otros diferentes asociados a las tareas reproductivas y de cuidados (debilidad, dependencia, sensibilidad, sumisión, obediencia, etc.). Es preciso desmontar los estereotipos porque ni los hombres entre sí son idénticos, ni las mujeres entre sí lo son. Tanto las mujeres como los hombres saben que ni todos los hombres son fuertes, autónomos, asertivos, etc., ni todas las mujeres son débiles, dependientes, sumisas, etc., al igual que todas y todos sabemos que cada persona es diferente a las demás personas, que cada ser humano es singular y único.

Los roles de género son cambiantes y, por ello, a medida que las culturas y las sociedades cambian, lo que es considerado femenino y masculino también cambia. En la actualidad, en todas las sociedades vemos que las mujeres ya no se suelen quedar reducidas al hogar, sino que muchas salen al espacio público, tienen empleo (es decir, trabajo remunerado) y participan en las tareas productivas. Esta situación, positiva por cuanto aporta autonomía económica a las mujeres permitiéndoles tomar decisiones, cuando se crea una familia provoca una sobrecarga de trabajo en las mujeres que les genera cansancio y les quita tiempo para dedicárselo a la relaciones de pareja y a ellas mismas, al cuidado de su propia salud. A pesar de ello, los hombres siguen sin participar en las tareas reproductivas y sin asumir sus responsabilidades ni en las tareas domésticas ni en los cuidados a las personas dependientes (menores, mayores y personas enfermas), perdiéndose la posibilidad de desarrollar valores asociados a la afectividad, la empatía y la comprensión que requiere el acto de cuidar. Siendo así, debemos trabajar con las mujeres, para que deleguen sus responsabilidades relacionadas con las tareas domésticas y con los cuidados, y con los hombres, estimulándoles a cambiar y a que participen en el espacio doméstico y en los cuidados como manera de mejorar sus relaciones consigo mismos, con sus parejas, con sus familias y con su entorno de referencia. Y ello es posible porque los roles de género se aprenden y se transforman.

IDENTIDADES SEXUALES Y DE GÉNERO:

Como hemos visto, el género alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre o mujer, en la que es educado y adiestrado hasta que se interioriza como el sexo psicológico o psíquico y social, y se constituye en uno de los tres elementos de la identidad sexual junto a la orientación sexual y el rol de género. La identidad sexual y de género se articula a partir de los cánones sociales y culturales de masculinidad y feminidad vigentes en el entorno en que se desarrolle cada persona, y se relaciona con el esquema ideo-afectivo de pertenencia a un sexo, por lo que sería la expresión individual del género. La identidad de género está determinada por los intereses de poder preponderantes en las sociedades patriarcales, que se legitiman y perpetúan a través de los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta impuestos por el grupo social predominante que se corresponde con un determinado modelo de ser humano: androcéntrico, rico, sano y heterosexual, común a todas las culturas. Toda sociedad tiene un conjunto de normas o estereotipos culturales relacionados con el género que intervienen en la formación de una identidad social, en relación a otros miembros de tal sociedad, y que, en consecuencia, dan origen a la identidad de género. Por su parte, la identidad sexual alude a dos conceptos bien diferenciados: primero, relativo a la identidad y a la sexualidad; segundo, relacionado con la experiencia interna de pertenecer a un sexo.

DIFERENCIA ENTRE IDENTIDAD DE GÉNERO E IDENTIDAD SEXUAL

La identidad de género se diferencia de la identidad sexual en que la primera es cultural, es más general, es impuesta e incluye aspectos no estrictamente biológicos, como sucede con la mera identidad sexual. La identidad de género, por tanto, añade una dimensión ideológica y psicológica de identificación que puede ser independiente de los condicionantes biológicos e incluso del ámbito psicosocial, a pesar de que en la mayor parte de seres humanos existe una intensa correlación entre ambos.

EL EROTISMO

Es la capacidad de expresar nuestros deseos sexuales y de provocar los deseos del otro u otra.

EL PLACER

Puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad o deseo. El placer se puede conseguir de muchas formas, por ejemplo, a través del descanso cuando sentimos fatiga, de la comida cuando tenemos apetito, de contemplar un bello paisaje, de escuchar música... y también a través del sexo.

El placer sexual aparece ante la excitación sexual que es la respuesta del cuerpo a la estimulación sexual. El ser humano puede excitarse por estímulos que oye, ve, huele, saborea o toca. El estímulo puede ser real -estar presente en el mundo real-, o ser fruto de la imaginación e incluso del sueño. Todo nuestro cuerpo, de hombre o de mujer, está preparado para dar y para darnos placer.

LA REPRODUCCIÓN SEXUAL Y LA REPRODUCTIVIDAD

Mantener relaciones sexuales, además de proporcionar placer, abre la posibilidad de la reproducción. La característica fundamental de la reproducción sexual es que se origina un nuevo individuo por la fecundación o fusión de dos células (óvulo y espermatozoide), cada una de las cuales procede de un progenitor diferente sexualmente, mujer y hombre, y en la que intervienen factores y procesos biológicos: órganos sexuales, concepción, embarazo y parto. La reproducción es responsabilidad tanto del hombre como de la mujer, por lo que uno y otra deben implicarse en planificar el embarazo y, en su caso, los métodos anticonceptivos.

La reproductividad, por su parte, hace referencia a la maternidad y a la paternidad como vivencias personales de enorme trascendencia, pero también al

desarrollo de las vinculaciones afectivas similares a las derivadas del ejercicio de la paternidad y de la maternidad, aun cuando no se trate de hijos o hijas, denominadas *paternaje* y *maternaje*.

LA ORIENTACIÓN SEXUAL

Hace referencia a un modelo de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo. La orientación sexual puede ser dividida en cuatro grandes expresiones: heterosexualidad (atracción hacia personas del sexo opuesto); homosexualidad (atracción hacia personas del mismo sexo); bisexualidad (atracción hacia personas de ambos sexos) y transexualidad (identidad en la que una persona se identifica, desea vivir y ser aceptada como una persona del sexo opuesto a su sexo biológico. Frecuentemente involucra el deseo de otro cuerpo que es obtenido mediante cirugías y/o tratamientos hormonales de reasignación de género). Estas “cuatro expresiones” no son puras pues en ocasiones se conjugan entre sí, debiendo tenerse en cuenta aquellas derivadas de lo que se conoce como “transgénero”.



El comportamiento sexual humano, la identidad de género y la identidad sexual son términos relacionados con la orientación sexual, ya que psicológicamente conforman la percepción sexual en una persona. La **preferencia sexual** sugiere un grado de elección voluntaria, que determina la vida sexual de una persona al establecer un género como objeto de deseo. Un individuo humano puede o no manifestar su orientación sexual en su comportamiento sexual, siendo posiblemente limitado por los convencionalismos de la sociedad o por sí mismo.

LA CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad es uno de los elementos básicos para desarrollar relaciones de confianza. Además, es una actitud y un comportamiento que deben garantizar las personas que trabajan con personas y de las que reciben información sensible. Asimismo, es una norma (regulada por la Ley Orgánica de Protección de Datos) sobre la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.

LA CONFIANZA

La confianza es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones y de las actitudes de las personas depositarias de la misma. Además, en el ámbito que nos ocupa, desarrollar la confianza supone garantizar que se opera desde la voluntad de que la información transmitida “en secreto” no va a ser divulgada o, dicho de otra manera, que se mantendrá la confidencialidad.

LA INTIMIDAD

La intimidad es la garantía de la preservación de las personas y sus actos del resto de seres humanos, significando un aspecto de la seguridad. La intimidad también alude a la característica de un lugar que invita a este estado del ser humano.

La intimidad y la confidencialidad son requisitos indispensables de la confianza que debe primar en las relaciones que establezcamos con las personas usuarias de los servicios, máxime cuando se aborde la sexualidad. Por ello, al tratar la sexualidad, debemos transmitir que la intimidad y la confidencialidad son requisitos indispensables de la confianza que debe primar en las relaciones sexuales libres, consentidas y placenteras.

3. RESPETO, IGUALDAD Y EMPODERAMIENTO VERSUS VIOLENCIA

Lamentablemente, la violencia es un factor indeseado que interviene en las relaciones humanas y en la forma de resolver los conflictos. Dado el impacto que tiene sobre el desarrollo saludable de las sexualidades, consideramos importante profundizar en determinados conceptos relacionados.

RESPETO

Respeto es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad: respeto mutuo, reconocimiento mutuo.

VIOLENCIA

Violencia es todo aquel acto que causa daño o dolor. Hay muchos tipos de violencia. Por ejemplo, los estereotipos que limitan la vida sexual de las personas (por su género, su orientación sexual, su aspecto, etc.) es violencia cultural. Las normas que impiden que las personas tomen decisiones sobre su vida, su cuerpo, su salud, junto con aquellas que discriminan a las personas por su sexo, raza, clase social, etc. son violencia estructural. Todos los actos que lesionan la salud física, psíquica y emocional de las personas son violencia directa. Si una persona trata a su pareja o a las personas con quienes se relaciona con indiferencia, falta de respeto o violencia (física=golpes o verbal=insultos), está ejerciendo violencia y la persona que la sufre no disfrutará ni de su sexualidad, ni de su vida de pareja, ni de otros aspectos de su existencia.

VIOLENCIA SEXUAL

Existe un tipo de violencia, la sexual, que es aquella que compromete la libertad sexual de las personas y su derecho a decidir cuándo y con quién desean

tener relaciones sexuales. La violencia sexual está afectada por la violencia cultural (estereotipos de género), que justifica la violencia estructural (roles de género) que, a su vez, legitima la violencia directa. Como tal están tipificados los abusos sexuales, el acoso sexual y la violación. También está el acoso por razón de sexo que hace referencia a cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. La violencia sexual en España está tipificada como delito.

MALTRATO Y MAL TRATO

El **maltrato** es una forma de agresión dentro de la relación entre dos personas o más. No hay una definición única ni precisa del maltrato ya que sus características dependen del contexto en que se produzca. El maltrato puede abarcar desde un insulto ocasional hasta los golpes cotidianos que un abusador propina a su pareja. Estas formas de maltrato son muy evidentes, sin embargo otras son más difíciles de detectar: amenazas, golpes a los objetos o las cosas, conductas de control, de aislamiento, de vigilancia, faltas de respeto, control económico, violencia sexual... El maltrato más leve produce lesiones psicológicas y emocionales en quien lo padece, pudiendo, en según qué casos, ser motivo de denuncia, aunque en cualquier circunstancia lo aconsejable es que la primera medida a tomar sea que la persona maltratada se aleje de quien le infringe maltrato.

El **maltrato** es la cara opuesta al buen trato. Recibir maltrato nos hace sentirnos personas despreciadas y empeora nuestra autoestima. Para dejar de recibir un trato malo (maltrato o mal trato) hay que exigir un buen trato.

BUEN TRATO

Los tres elementos claves que garantizan el buen trato son: respeto, confianza y escucha. Cuando nos tratan bien nos sentimos bien. Recibir cuidados y atención nos hace sentir importantes y mejora nuestra autoestima. Las personas, cuando nos relacionamos, debemos cuidarnos unas a otras, más aún si la relación es de pareja (estable o esporádica), con quien compartimos nuestra



sexualidad. Recibir y dar buen trato en la pareja es fundamental para lograr la satisfacción plena, y es un derecho y un deber que tenemos todas las personas. En una pareja cualquiera de sus miembros se siente bien tratado cuando existe reciprocidad en los derechos y los deberes, cuando su opinión es tomada en cuenta, cuando se comparten las decisiones, cuando se reciben mimos, cuando se le habla sin insultos

ni gritos, cuando se atienden sus necesidades y su placer, cuando se preocupan por cómo se siente, cuando se planifica conjuntamente la anticoncepción y la prevención de enfermedades, cuando se implican en criar y educar a los hijos e hijas comunes y en cuidar a las personas dependientes...

IGUALDAD E IDENTIDAD

La igualdad es el derecho inherente a los seres humanos (Derecho Humano) a ser reconocidos como iguales ante la ley y a disfrutar de todos los demás derechos otorgados de manera incondicional, es decir, sin discriminación por motivos de nacionalidad, raza, creencias o cualquier otro motivo, incluido por razón de sexo. Es decir, que la igualdad hace referencia a que hombres y mujeres son iguales ante la ley y que tienen derecho a las mismas oportunidades y a recibir el mismo trato, además del deber de cumplir las prescripciones que, en España, marca la Constitución y la Ley Orgánica de Igualdad (Derecho Fundamental).

La diferencia, entre Derechos Humanos y Derechos Fundamentales, está en que los primeros estarán a cargo de la vigilancia y sanción de las organizaciones supraestatales, ya sea a nivel regional o internacional, como, por ejemplo el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, etc.; mientras que los derechos fundamentales serían aquellos que son vigilados por la normativa nacional, por ejemplo, en España el Tribunal Constitucional.

La Igualdad tiene dos condiciones: de derecho (*jure*), y de hecho (*facto*), que no siempre caminan de manera simultánea, pues se da el caso de que existiendo el reconocimiento de la igualdad jurídica, es decir de derecho, no se activan los recursos exigibles para que la igualdad se dé realmente de hecho (*facto*).

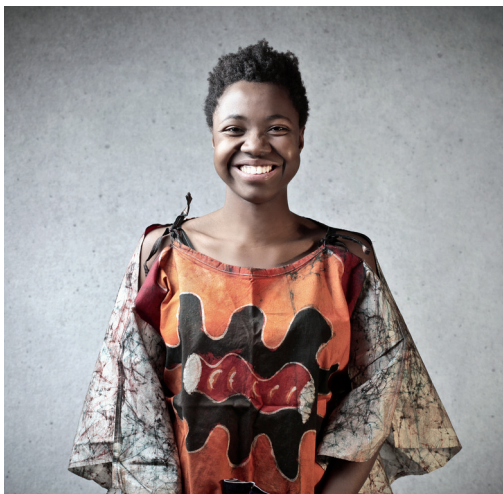
Muchas veces cuando oímos hablar de igualdad de género pensamos que lo que se pretende es que todas las personas, hombres y mujeres, sean idénticas entre sí, pero esto, además de imposible, no es deseable para nadie. Precisamente la igualdad es el principio que garantiza el derecho a ser diferente y el respeto a la diversidad.

EMPODERAMIENTO

El término “empoderamiento” tiene dos significados:

- ✓ Se refiere al proceso por el cual se aumenta la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven.
- ✓ Hace referencia al desarrollo en la persona de la confianza en sus propias capacidades.

El empoderamiento de las mujeres abarca ambos significados, pues apela al cambio individual y a la acción colectiva, e implica la transformación de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género. Así, el empoderamiento es definido como: “proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales y simbólicos) y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos”.



4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como la Salud y su impacto en el desarrollo de la Sexualidad Humana, están reconocidos por Naciones Unidas como Derechos Humanos y por tanto son consustanciales al Estado de Derecho.

Uno de los aspectos esenciales del papel de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de la que España forma parte, es promover el Estado de Derecho, en los planos nacional e internacional, y establecer el respeto del mismo para proteger eficazmente los Derechos Humanos. El principio de que todos -desde el individuo hasta el propio Estado- deben ajustarse a las leyes que se promulgan públicamente, se hacen cumplir por igual y se aplican con independencia, es un concepto fundamental que impulsa gran parte de la labor de la ONU.

HITOS HISTÓRICOS

Cuando hablamos de hitos históricos nos referimos a los acontecimientos cuya importancia marca un punto de referencia. En relación con el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, destacamos los siguientes:

Primer hito: la creación de la ONU, en 1945, que se define como *“una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos”*. La pertenencia de 197 Estados -entre ellos España- le da carácter universal.

Segundo hito: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1948, en París. En sus 30 artículos se recogen como principios básicos su universalidad, interdependencia e indivisibilidad, igualdad y no discriminación, y se explicita que los Derechos Humanos van acompañados de derechos y obligaciones por parte de las y los responsables y titulares de éstos.

Tercer hito: la Organización Mundial de la Salud (OMS) nace en 1948. Es el organismo de la ONU especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Cuarto hito: la Conferencia de Teherán, organizada por ONU y en la que juega un importante papel la OMS, por cuanto aparece el concepto de Derechos Reproductivos que más

adelante, en la Tercera Conferencia Mundial de la Población, celebrada en Bucarest en 1974, serán definidos como un derecho fundamental tanto de las parejas como de las personas.



Quinto hito: la primera Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en México en 1975, por contribuir a la instauración del Instituto Internacional de Investigación y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Además, se postuló el Primer Plan de Acción Mundial que incluía alcanzar garantías respecto de la igualdad de género en cuanto al acceso a la salud, a la educación, al trabajo, a la participación política, a la vivienda, a la planificación familiar y a la alimentación.

Sexto hito: la segunda Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en Copenhague en 1980, por la reglamentación de las políticas públicas en favor de la mujer a través de la denominada Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Séptimo hito: la tercera Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en 1985, en Nairobi, por propiciar la igualdad en la participación social, la participación política y en la toma de decisiones por parte de las mujeres, en todos los ámbitos y temas y no sólo en lo puntualmente referido a las mujeres, y por reconocer que su participación no sólo era legítima sino indispensable para una comprensión más acabada de la implementación de las políticas públicas para la igualdad de oportunidades, instando a los gobiernos

a que delegaran responsabilidades y crearan programas y espacios institucionales relativos a la mujer en una amplia gama de temas: salud, empleo, educación, servicios sociales, industria, ciencia, comunicaciones, medio ambiente...

Octavo hito: la Conferencia Internacional para mejorar la salud de las Mujeres y la Infancia por medio de la Planificación Familiar, celebrada en Nairobi en 1987, porque por vez primera se incluyó la planificación familiar dentro del campo de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva.

Noveno hito: el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994, por definir y equiparar los Derechos Reproductivos a los Derechos Humanos.

Décimo hito: la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en 1995 en Beijing, porque se pasó de la categoría *mujer* al concepto de *género*, y se reconoció que toda la estructura de la sociedad debería ser reevaluada a la luz del desarrollo de los estudios de género, ya que únicamente a través de esta perspectiva podrían activarse los cambios necesarios que posibilitaran la participación de mujeres y hombres en pie de igualdad. En la Conferencia se adoptó de forma unánime la **Plataforma de Acción de Beijing**, que plantea 12 ámbitos críticos para las mujeres (pobreza, educación, acceso a los sistemas de salud, violencia, conflictos armados, estructuras económicas, poder y toma de decisiones, igualdad, derechos humanos, medios de comunicación, recursos naturales y medioambientales, discriminación y violación de las niñas), que constituyen los obstáculos para el desarrollo de las mujeres, e identifica el alcance de las medidas que los gobiernos, las Naciones Unidas y los grupos de la sociedad civil deben tomar para hacer de los Derechos Humanos de las minorías una realidad. Cada cinco años, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, dependiente de la ONU, examina el proceso de implementación de las medidas adoptadas por parte de los países que la suscriben. Este examen se conoce con el nombre de Beijing+. Desde 1995, se han celebrado tres evaluaciones: Beijing+5, Beijing+10 y Beijing+15. La próxima Beijing+20, se celebrará en 2015 en Nueva York.

Undécimo hito: el decimotercer *Congreso Mundial de Sexología*, celebrado en 1997 en Valencia, porque en él se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que posteriormente (en el 140º Congreso Mundial de

Sexología, Hong Kong, 1999) fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología.

DERECHOS HUMANOS

Se definen como las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad posibilitándoles, además, ser personas jurídicas, identificándose consigo mismas y con las otras. Es decir, son aquellas *“condiciones instrumentales que permiten a la persona su realización”*. En consecuencia, subsume aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, *“sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Su objetivo es proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener descendencia o no, cuántas criaturas, en qué momento y con quién. Los Derechos Reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva y, al igual que los Derechos Humanos, son inalienables -lo que supone que nadie los puede dar ni quitar- y no están sujetos a discriminación por género, edad o raza.

DERECHOS SEXUALES

Hace referencia al Derecho Humano reconocido a expresar la propia sexualidad sin discriminación por motivos de orientación sexual. Es la base del Derecho a la Sexualidad, y está estrechamente relacionado con el ejercicio y la protección de otros Derechos Humanos fundamentales. El Derecho a la Sexualidad reconoce el derecho a la libertad de orientación sexual de las personas y su diversidad, ya sea esta heterosexual, homosexual (lesbianas, gays), bisexual o transexual(LGBT) -u otro tipo de expresión- así como la protección de esos de-



rechos. Junto a los principios que se recogen en la legislación internacional sobre derechos humanos, los derechos sexuales y el derecho a la sexualidad también aparecen reflejados en las declaraciones de la ONU sobre los derechos reproductivos y salud reproductiva, en relación con: el derecho a la vida, la seguridad y la protección contra la violencia; la libertad de asociación; la libertad de expresión y de reunión pacífica; el derecho al respeto de la vida privada y familiar; el empleo, la educación, la salud, la vivienda, los deportes; el derecho a buscar asilo; las estructuras nacionales de Derechos Humanos y la no discriminación por múltiples motivos.

Nuestro marco de referencia son los Derechos Humanos. Como hemos señalado, los derechos sexuales y reproductivos son Derechos Humanos. Cualquier tradición o costumbre, por muy arraigada que esté, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad. Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de la nuestra, merece ser respetada.

La Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), basándose en la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), de la que FPFE es miembro junto con organizaciones de otros 170 países del mundo, elaboró la siguiente Carta por cuyos postulados se rige.

“DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS. DERECHOS HUMANOS Y UNIVERSALES”

1. DERECHO A LA VIDA

Derecho a una maternidad sin riesgos. Derecho a que los embarazos sean deseados y al acceso a una atención cualificada para la salud de la embarazada y del feto o el bebé.

2. DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

Todas las personas tienen derecho a ser libres de toda forma de discriminación. Ninguna persona debe sufrir discriminación por el modo en que vive su sexualidad y esto incluye la libertad y autonomía para elegir pareja, expresar la propia sexualidad, vivir libremente su orientación del deseo, disfrutar de la erótica de forma independiente de la reproducción si así se desea, etc. Las personas homosexuales (gays y lesbianas), así como las personas bisexuales y transexuales, tienen el mismo derecho a vivir y expresar su sexualidad que las personas heterosexuales. De la misma forma, todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud y ser atendidas, independientemente de su raza, sexo, orientación sexual, situación familiar, edad, religión, idioma, creencias políticas, nacionalidad, situación social, lugar de procedencia, etc.

3. DERECHO A LA PRIVACIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD

Toda persona tiene derecho a la privacidad en lo referente a su salud o sus posibles enfermedades. Por ley, los profesionales de atención en salud están obligados a mantener la confidencialidad respecto a sus pacientes. Las personas tienen derecho a recibir atención y consejos sobre su salud sin necesidad del consentimiento de su familia o su pareja. La ley española establece que a partir de los 16 años se tiene mayoría de edad para estos temas de salud (se habla de menor maduro/a) salvo para tres supuestos: interrupción del embarazo, trasplante de órganos y ensayos clínicos.

4. DERECHO A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD: Derecho a decidir sobre la propia vida sexual.

Es un derecho humano universal la facultad de decidir sobre la propia vida sexual, sobre si se tienen relaciones sexuales o no, con quién se tienen y cuándo se tienen. Toda persona es libre de negarse a una relación sexual y ese derecho debe respetarse. Toda persona tiene derecho a expresar su orientación del deseo y elegir libremente pareja. Ninguna persona ha de ser forzada para tener relaciones sexuales, sean del tipo que sean. Toda persona tiene derecho a elegir cuándo y con quién tiene hijos o hijas. No se debe presionar o forzar a una mujer a interrumpir su embarazo ni a quedarse embarazada. Ninguna persona puede ser sometida a una intervención si no ha sido informada adecuadamente de forma previa y ha mostrado su consentimiento. Toda persona tiene derecho a controlar su propia vida sexual y reproductiva,

obviamente respetando los derechos de los demás. Por ello, toda persona tiene derecho a estar informada en materia de reproducción, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, esterilización y también en temas de sexualidad que no tengan que ver con la reproducción y que garanticen su libertad y seguridad.

5. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN: La educación de la infancia, de los/as adolescentes y de los/as jóvenes.



Todas las personas tienen derecho al acceso a la educación y a la información, no sexista y libre de estereotipos, en cuanto concierne a su salud, sus derechos y sus responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, presentadas en una manera objetiva, crítica y pluralista. La educación es un de-

recho fundamental establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Sin embargo, millones de niños, y sobre todo niñas, siguen sin poder ejercer este derecho básico. Si el acceso a la formación primaria es hoy un reto, conseguir que la educación sexual sea universal constituye una apuesta irrenunciable. Los estudios demuestran que proporcionar información a la gente joven fomenta el respeto y la responsabilidad mutua. Asimismo, cuando las niñas reciben una educación sexual adecuada a sus necesidades tienden a postergar el matrimonio y a reducir el número de hijos e hijas. Sin embargo, muchas comunidades niegan a las niñas y mujeres jóvenes una educación formal que les permitiría tomar decisiones sobre sus relaciones sexuales, su matrimonio y sobre los hijos e hijas que desean o no tener.

Ninguna mujer debería quedarse embarazada por falta de información o por falta de acceso a los recursos anticonceptivos. Del mismo modo, ninguna mujer embarazada debería carecer de los cuidados necesarios para llevar adelante su embarazo sin riesgos. Cuidados que deben continuar de modo que quede garantizada tanto la salud de la mujer embarazada como la del/de la bebé.

6. DERECHO A CONTRAER MATRIMONIO O NO Y A FORMAR Y PLANIFICAR UNA FAMILIA: Los matrimonios forzosos.

Ninguna persona, mujer u hombre, puede ser obligada a contraer matrimonio si no lo desea, independientemente de la opinión de la familia. Es un derecho universal que cada persona elija tener o no pareja, y también es un derecho la libre elección de la pareja deseada. El matrimonio debe ser una opción libre y una decisión personal. Tanto el matrimonio heterosexual como el matrimonio homosexual han de considerarse opciones legítimas, sin que ello suponga considerarlos como los únicos modelos de relación o sobre los que establecer una familia. Los lazos que unen a las familias no son únicamente los que se certifican con el matrimonio.

7. DERECHO A DECIDIR TENER HIJOS O NO TENERLOS Y CUÁNDO TENERLOS: El acceso a la planificación familiar.

Es un derecho humano disponer de recursos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva (y esto incluye el acceso a la información, a la educación sexual, a los servicios de planificación familiar y el acceso a los avances científicos en métodos de planificación familiar y en sexología en general). También es un derecho que la mujer tenga libertad para planificar su vida reproductiva libre de presiones en su toma de decisiones, y que se proporcione a hombres y mujeres información, orientación y educación sexual como algo integral (que es mucho más que planificación familiar, aunque la incluya). Desde las administraciones públicas se debe garantizar una adecuada educación sexual para todas las chicas y chicos así como el acceso a los servicios de salud sexual.

8. DERECHO A LA ATENCIÓN Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Todas las personas tienen derecho a servicios de salud sexual y reproductiva, servicios que además deben ser accesibles y gratuitos y que respeten la

confidencialidad, privacidad y dignidad de los y las pacientes. Dentro de estos servicios de atención a la salud sexual, las personas tienen derecho a la planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, y atención general en salud sexual (educación sexual, habilidades de negociación y comunicación en pareja...), así como la interrupción voluntaria del embarazo.

9. DERECHO A DISFRUTAR DEL PROGRESO CIENTÍFICO: El VIH-SIDA y el acceso a los medicamentos.

Todas las personas tienen derecho a beneficiarse de los progresos científicos y a los medicamentos existentes. Combatir la pandemia del VIH/SIDA supone incrementar la información sobre las vías de transmisión y las medidas de protección; supone también trabajar en otras variables que inciden en buena medida en los comportamientos, pero también es garantizar la adecuada atención a las personas que han estado en contacto con el virus o que han desarrollado la enfermedad. Estos cuidados suponen medicamentos y atención, pero también evitar la marginación o la discriminación que con demasiada frecuencia sufren aún todas estas personas.

10. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil.

Los derechos mencionados, sexuales y reproductivos, deben ser garantizados por la sociedad, como condición indispensable para construir una ciudadanía plena y una adecuada convivencia democrática. Participar en la sociedad es sentirse parte de ella. Tratar de hacer realidad todos estos derechos es hacer ciudadanía. Es hacer mujeres y hombres libres y con capacidad de decidir.

11. DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURAS NI MALTRATO: La violencia por motivos de género.

Es un derecho humano universal la protección frente a la violencia, los abusos y la explotación sexual. Ninguna persona debe ser maltratada o discriminada por su sexo, raza, religión, etc. Son violaciones de los derechos humanos: la violencia machista, el maltrato sexual y psicológico, las violaciones y abusos, la mutilación genital, el infanticidio femenino, la discriminación o infravaloración por razón del sexo, la privación o disminución de libertad por razón del

sexo, la desigualdad de oportunidades entre los sexos, etc. La mujer tradicionalmente ha gozado de menos derechos. Afortunadamente las cosas están cambiando y hay nuevas leyes para evitar situaciones de desigualdad. No obstante, el peso de la tradición es muy grande y todavía es frecuente que el punto de partida de hombres y mujeres frente a la salud sexual sea distinto. Es necesario ser consciente de esta realidad para evitar situaciones en que la sexualidad de la mujer se discrimine, se obvie o se dé prioridad a la sexualidad del hombre.

ADENDA: Las personas con discapacidad, hombres y mujeres, son sujetos de los mismos derechos. La pluralidad sexual abarca todas las sexualidades, como no puede ser de otro modo. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su procedencia, cultura y creencias también son sujetos de estos derechos.

NORMATIVA ESPAÑOLA DE REFERENCIA

Tanto en cuanto España es país miembro de Naciones Unidas uno de cuyos objetivos es promover el Estado de Derecho, en el ámbito nacional e internacional, y establecer medidas que garanticen el respeto y la protección de los Derechos Humanos, y dado que la salud, la salud sexual y reproductiva y la sexualidad humana son consideradas Derechos Humanos, en coherencia con los principios y obligaciones adheridos a su condición de país miembro, se ha establecido un marco normativo que regula el acceso al sistema de salud que se ocupa de la Salud Sexual y Reproductiva, y que garantiza el respeto y el reconocimiento de la sexualidad humana, así como de todos los elementos que la caracterizan.

En materia de Igualdad, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva (de oportunidades y de Trato) de Mujeres y Hombres obliga a las grandes empresas y a las administraciones públicas a tener un plan de igualdad y a disponer de los recursos para su implementación, así como evaluarlo periódicamente. Como observación señalaremos que algunos de sus artículos no han sido aún desarrollados. Por su parte, las CCAA tienen su propia Ley de Igualdad.

Para combatir la violencia contra las mujeres, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Aun cuando se aplican medidas paliativas y punitivas, la parte del articulado que hace referencia a la prevención todavía no ha sido desarrollada. (Las CCAA tienen su propia Ley de Violencia contra las mujeres, que recibe distintos nombres).

Para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Actualmente se está preparando una reforma que sustituirá a la actual Ley de plazos por una Ley de supuesto, conculcando el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo y sobre su sexualidad.

Respecto al acceso a la Salud, el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que entró en vigor el pasado 24 de abril de 2012, recorta los derechos de acceso de las personas inmigrantes, vulnerando así el carácter universal del Derecho a la Salud en tanto que Derecho Humano.

Quienes trabajan en el ámbito de la inmigración deben prestar atención al desarrollo de las leyes que afectan al bienestar y a los derechos de las personas inmigrantes, muy particularmente cuando se aborda la sexualidad en sus programas y acciones.

5. POBLACIÓN INMIGRANTE Y SALUD. LA DIVERSIDAD

Hasta ahora, hemos planteado el marco conceptual y normativo, tomando los Derechos Humanos como referencia, desde donde abordamos la Sexualidad Humana y las distintas sexualidades a través de las que se manifiesta en el ámbito social y cultural español, europeo e internacional. Pero, dado que el ámbito de actuación en el que vamos a incorporar la sexualidad en nuestros programas y acciones está constituido por la población inmigrante de la sociedad española, es preciso conocer cómo se concibe la sexualidad, así como las relaciones sexuales y de género, en las diferentes culturas que integran la inmigración residente en España, a la sazón multicultural y multiétnica, valorando así mismo las diferentes situaciones en las que se desarrolla su existencia y sus condiciones de bienestar, circunstancias, como ya sabemos, directamente relacionadas con la sexualidad en la que también intervienen factores biológicos, afectivos y culturales.

DIVERSIDAD

Los seres humanos nos desarrollamos en grupos sociales cuyas costumbres, creencias, tradiciones y valores difieren entre sí marcando la diferencia entre unos grupos y otros. A su vez, los individuos que conforman cada grupo, al compartir valores, creencias, costumbres y tradiciones, perciben una **sensación de pertenencia** que les permite sentirse acompañados por sus pares y les ayuda a desarrollar su identidad-personal y social-, reconociéndose y presentándose ante el resto de la sociedad como parte de ese determinado grupo. Dicha sensación de pertenencia se afianza cuando, además, se comparte el idioma y determinados rasgos biológicos y étnicos que enraízan a las personas que los comparten en un origen histórico común. Sin embargo, cada ser humano es personal e irrepetible, cualquiera que sea su entorno de procedencia y su grupo de pertenencia, y las personas inmigrantes que residen en nuestro país no son una excepción.

Estos rasgos comunes que nos crean sensación de pertenencia se perpetúan a través de la existencia de mitos y de arquetipos, a través de los cuales se

van creando modelos referenciales y estereotipos que cambian según el momento histórico y los intereses de los grupos de poder, como la Historia nos viene demostrando. Sin embargo, los estereotipos “naturalizan” la idea de la homogeneidad haciéndonos creer que todas las personas que pertenecen a determinado grupo social son idénticas entre sí. Pero la realidad nos muestra que cada persona parte de unas condiciones familiares, educativas, económicas, experienciales, relacionales, etc. distintas; que su ciclo vital se realiza en determinadas circunstancias que nunca comparte al cien por cien con sus pares, y que incluso los usos, costumbres y valores, de los que es portadora, son percibidos y asimilados desde perspectivas y modos singulares pues están atravesados por experiencias subjetivas en las que intervienen distintos factores que marcan la diferencia, entre los que se encuentran:

- ✓ Los roles de género.
- ✓ Los roles sexuales.
- ✓ Las relaciones de parentesco.
- ✓ La situación económica y social de la familia de origen (no es lo mismo, por ejemplo, proceder de una familia económicamente solvente que de una empobrecida)
- ✓ Los niveles de formación y educación reglada (en los distintos grupos sociales y culturales que conforman la población inmigrante encontramos desde personas con estudios superiores hasta personas analfabetas)
- ✓ La corporalidad, morfológica y biológica, que también condiciona las relaciones que establece cada persona consigo misma y con su entorno de relaciones y ambiental.
- ✓ La ideología política.
- ✓ El nivel de interiorización de las creencias religiosas.
- ✓ Las características psíquicas (personalidad).

Estas diferencias señalan que ni hay un perfil de inmigrante ni se es inmigrante, sino que se “está” en una situación de migración. Por otra parte, en esta “situación de migración” coexisten personas que se encuentran laboral, social y económicamente integradas y con buen nivel de vida y personas con graves carencias de toda índole; personas con una buena red de apoyo social y familiar y personas aisladas; personas que han podido acceder a una educación superior y personas que tan siquiera tiene una formación básica;

personas como sin discapacidad; personas jóvenes y mayores; personas con referentes culturales y creencias muy diversas; personas con diferentes valores y estilo de vida; personas heterosexuales y homosexuales, bisexuales y transexuales; personas, en definitiva, distintas entre sí, diversas.

Sin embargo, aun afirmando que no hay un perfil de persona inmigrante sino muchas personas inmigrantes, y teniendo en cuenta la diversidad y las diferencias subjetivas, trabajar con población inmigrante exige conocer los rasgos y características culturales que propician la sensación de pertenencia a un grupo social determinado en los individuos que lo conforman, pues, aun siendo conscientes de que vamos a generalizar, nos van a aportar claves significativas para identificar determinados aspectos prioritarios sobre los que debemos incidir, así como los elementos que hacen obstáculo en su relación con los usos, modos, costumbres y leyes del país de acogida, con los de otros grupos y, lo que en este contexto nos interesa, con el desarrollo de su propia salud, de su sexualidad y la de las personas con quienes se relaciona.



SALUD, SEXUALIDAD E INMIGRACIÓN

Al abordar los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad de una persona inmigrante es conveniente tener en cuenta tanto su situación social, su cultura de procedencia, la situación legal y jurídica en que se encuentra, su situación psicológica, etc. como también su relación con el sistema de salud en general, sus ideas sobre los derechos y deberes de la ciudadanía así como su nivel de relaciones, si se encuentra o no en situación

de aislamiento, su nivel de conocimiento del idioma, su situación laboral o jurídica, y todos aquellos factores, objetivos y subjetivos, que puedan ser motivo de que la salud en general y la salud sexual en particular queden relegadas u olvidadas, como de hecho sucede en la mayoría de los casos.

Las y los profesionales que trabajamos con población inmigrante podemos llegar a pensar que la sexualidad, la salud y la salud sexual y reproductiva son cuestiones poco importantes o, al menos, no prioritarias. Sin embargo, la falta de atención a esos temas puede derivar en situaciones circulares de consecuencias imprevisibles, pues si no se cuida la salud, ni la salud sexual y reproductiva, circunstancias como una infección de transmisión genital (ITG) o un embarazo no planificado pueden deteriorar aún más unas situaciones económicas y laborales precarias que menoscaban tanto su calidad de vida como las de su entorno de pertenencia, mientras que la satisfacción y la felicidad como mujer y como hombre, las relaciones de pareja o amorosas saludables, equilibradas y felices, la satisfacción erótica... aportan un gran plus en la calidad de vida de la persona, fortaleciendo su estado emocional y psicológico y reactivando sus capacidades para afrontar y buscar soluciones a los conflictos y desarrollar su vida con plenitud.

Para abordar la sexualidad en los programas y acciones comunitarias desarrollados con población inmigrante, hemos de tener en cuenta que:

- ✓ Cada persona es portadora de la idea de la sexualidad, la reproducción, los roles de género, el cuerpo humano, la belleza... que prevalezca en su país de origen y que puede diferir considerablemente de la que tenemos en España.
- ✓ Toda persona tiene derecho a mantener sus ideas y sus creencias sobre estos temas, y a manejarse en su vida con ellas, mientras no atenten contra los derechos sexuales y reproductivos, ni contra cualquier otro Derecho Humano.
- ✓ En algunos casos, las personas inmigrantes proceden de países con un precario sistema de salud, donde las atenciones sanitarias son económicamente costosas o difícilmente accesibles, o difieren considerablemente del sistema de salud español.
- ✓ Algunas personas inmigrantes pueden no haber tenido contacto con el sistema sanitario de su país.

- ✓ En algunos grupos sociales la religión juega un papel específico que hay que tener en cuenta.
- ✓ Por regla general el acceso a la salud, en los grupos culturales que conforman la población inmigrante, es más difícil y complicado para las mujeres que para los hombres.
- ✓ La normativa española en materia de acceso a la salud está cambiando de forma que ya no es universal y sólo pueden acceder a ella (salvo algunas excepciones) quienes estén en una situación jurídica y/o laboral regularizada:
 - Las y los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta que se les dé el alta.
 - Mujeres embarazadas, durante el embarazo, parto y posparto.
 - Las y los Extranjeros menores de 18 años, en iguales condiciones que las y los españoles.
 - Las y los extranjeros empadronados en un municipio donde tengan su residencia tienen derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que las y los españoles.

6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA

Disponer de información acerca de la población inmigrante, sus creencias e ideas sobre sexualidad es fundamental para incorporar en las acciones y los programas de intervención comunitaria temáticas como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, pues la atención en sexualidad no sólo es necesaria para la prevención de Infecciones de Transmisión Genital (ITG), sino también para mejorar en general la forma en que las personas viven su sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos humanos.

Por tanto, caracterizar a las mujeres y los hombres, así como a los distintos grupos sociales que forman el conjunto de la población inmigrante en España y establecer las diferencias entre unos y otros, nos permitirá el cumplimiento de nuestros fines: dar información y prestar asesoramiento, atención, y orientación sobre todos aquellos temas que faciliten la vida de las personas usuarias de nuestros servicios y de su entorno, así como poner en juego los recursos que favorezcan su bienestar y su salud en las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes de procedencia y acogida. Igualmente, el manejo de esta información nos permitirá prestar apoyo al personal experto en materias como la salud sexual y reproductiva y la sexualidad, al disponer de criterios adecuados para la derivación de personas usuarias que requieran los servicios de cada competencia.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Como sabemos, la diferencia conceptual entre sexo y género -el sexo se refiere a los rasgos fisiológicos de ser macho o hembra, mientras el género hace referencia a la construcción cultural y social de esas diferencias sexuales determinadas, respectivamente, como masculinas o femeninas-, nos permite disponer de una categoría explicativa sobre el papel que juegan mujeres y hombres en la construcción social y simbólica de las diferentes culturas. Así, el género se constituye como una categoría de análisis que, como tal, permite

capturar información precisa, aglutinarla y desplazarla, abstrayendo diferentes características comunes a los sujetos, grupos o situaciones, posibilitando su clasificación. De este modo, utilizando el género como categoría de análisis, vamos a identificar los diferentes obstáculos y las facilidades que tienen que afrontar los hombres y las mujeres inmigrantes durante su estancia en el país de acogida y, una vez identificados, podremos elaborar estrategias para incorporar la salud sexual y reproductiva y la sexualidad en las acciones y en los programas de intervención comunitaria.

LOS HOMBRES INMIGRANTES, ASPECTOS GENERALES

Debido a los roles de género, su actividad social (relaciones) y económica (empleo -tanto en la economía formal como informal-) se desarrolla en la esfera pública, teniendo un uso de los tiempos ordenado (horarios) que facilita la gestión y organización de los mismos. Por otra parte, quienes participan de una estructura familiar no tienen -ni por lo general asumen- la responsabilidad de participar activamente en las tareas domésticas ni de cuidados, lo que les permite planificar y disponer de espacios y tiempos privados que favorecen su participación en grupos sociales, a partir de los cuales generan redes (formales o informales) que facilitan el transvase de información. En este sentido hay que señalar que el hecho de recibir información no significa que esta sea adecuada o sustantiva.

En cuanto a la sexualidad, consideran que es “territorio de los hombres” y que ellos tienen más necesidades y deseos que las mujeres. Por el contrario, la reproducción sexual (embarazo, gestación y crianza) a efectos de planificación y cuidados la dejan bajo la responsabilidad de las mujeres.

Respecto a la salud sexual, relacionan las infecciones y enfermedades de transmisión genital (ITG/ETG) con la homosexualidad y en algunos casos con las relaciones sexuales ajenas a la pareja estable.

Las prácticas eróticas las centran en torno al coito, aunque esto está cambiando en beneficio del sexo oral y de la penetración anal, pero en cualquier caso el pene es el protagonista y no manifiestan mucha curiosidad por conocer la erótica y los puntos de placer de las mujeres. Para ellos, los besos,

las caricias, incluso la masturbación forman parte de los prolegómenos de la penetración.

LAS MUJERES INMIGRANTES, ASPECTOS GENERALES

Los roles de género sitúan a las mujeres en la esfera doméstica siendo las máximas -y a veces las únicas- responsables de las tareas domésticas y de los cuidados a personas dependientes (menores, mayores, personas enfermas, etc.). Aun cuando desarrollen una actividad económica en la esfera pública, es decir tengan un empleo en la economía formal o informal, esto no les exime de las responsabilidades domésticas y de cuidados, lo que afecta a los espacios y tiempos privados, que son sacrificados, limitando e incluso impidiendo su participación en grupos sociales, lo que les hace carecer de redes (formales o informales) relacionales, afectivas y de información. El aislamiento y el sobreesfuerzo provocan un exceso de cansancio físico y psicológico por el que su salud acaba resintiéndose, repercutiendo negativamente sobre su calidad de vida, su bienestar y, por ende, sobre su sexualidad.

En cuanto a la sexualidad, también ellas consideran que es “territorio de los hombres” y que las necesidades y los deseos de ellos son más perentorios y urgentes que los de ellas, sintiéndose en la obligación de satisfacerlos aunque no lo deseen. Mantener relaciones eróticas poco apropiadas para que ellas puedan disfrutarlas, junto con la sobrecarga de trabajo, son dos de las causas que repercuten en que la pareja disponga de menos tiempo para invertir en su relación y que el desarrollo de su sexualidad sea de menor calidad.

Por el contrario, consideran que la reproducción sexual (embarazo, gestación y crianza) a efectos de planificación y cuidados es su responsabilidad, por lo que en las parejas heterosexuales son ellas quienes se implican más en la anticoncepción.

Respecto a la salud sexual, se consideran exentas de contraer ITG y ETG si no tienen prácticas sexuales fuera de su pareja estable, en la que muy raramente piensan como posible vía de transmisión.

En cuanto a la procreación en las parejas constituidas, algunas de las costumbres y usos relativos a la pareja pueden obstaculizar el desarrollo y bienestar de muchas mujeres. Por ejemplo, en algunas culturas se considera que tener descendencia inmediatamente después de constituir la pareja contribuye a consolidar los vínculos amorosos. Sin embargo, y aun en el caso de que los embarazos sean deseados, si se producen en el seno de una relación que aún no está demasiado consolidada la probabilidad de que la relación se rompa o deteriore es alta. El resultado es conocido: mujeres solas, con recursos limitados y con cargas familiares a las que no siempre pueden dar respuesta ya que, además, esta situación (mujer, madre e inmigrante) complica encontrar un empleo, siendo abocadas a situaciones de pobreza e incluso de exclusión social.

Así pues, el impacto de género en la vida de las mujeres inmigrantes tiene consecuencias negativas tales como aislamiento, sobreesfuerzo, soledad, inapetencia sexual y ausencia de deseo, problemas de salud, pobreza, auto-desconocimiento de su erótica y de su cuerpo, riesgo de contraer infecciones genitales a través de sus parejas, sobrecarga en cuidados y responsabilidades, dificultades en el acceso a la información... situaciones que, a su vez, se pueden complicar si no se maneja el idioma del país de acogida (en este caso el español), se carece de redes afectivas de apoyo y se desconocen los recursos existentes o las vías para acceder a los mismos. Todas estas circunstancias colocan a las mujeres inmigrantes que las viven, total o parcialmente, en situaciones de discriminación y desigualdad, respecto de los hombres inmigrantes, para poder desarrollar su sexualidad y alcanzar una vida placentera y satisfactoria, poniéndoles en riesgo de sufrir violencia y maltrato y abocándolas, en los casos más desesperados, a tener que recurrir a actividades no deseadas como, por ejemplo, la prostitución que les coloca en una situación de vulnerabilidad mayor pues incrementa el aislamiento y el riesgo de contagio de ITG, propiciando que puedan convertirse en víctimas de explotación con pocas posibilidades de conseguir un trabajo distinto.

Por ello, abordar la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en nuestras acciones y programas comunitarios, requiere la incorporación de la perspectiva de género como transversal y la implementación de acciones positivas que faciliten la eliminación de la desigualdad y la discriminación que sufren buena parte de las mujeres inmigrantes en España.

CARACTERIZACIÓN DE LOS DIFERENTES COLECTIVOS INMIGRANTES

Como mencionamos al hablar sobre diversidad y sensación de pertenencia, los seres humanos nos desarrollamos en grupos sociales cuyas costumbres, creencias, tradiciones y valores difieren entre sí marcando la diferencia entre unos grupos y otros. A continuación vamos a dar cuenta de los rasgos más significativos de las poblaciones inmigrantes con mayor presencia en España, utilizando los datos aportados UNAF, ratificados a través de los grupos dialógicos realizados con las mujeres de AMUINCA (una asociación de mujeres inmigrantes multicultural en la que tienen presencia mujeres de distintas nacionalidades, excepto mujeres chinas, a las que también vamos a referirnos).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA



Las principales poblaciones latinas que hay en nuestro país son: ecuatoriana, colombiana, peruana y boliviana. Participar de un idioma común, así como compartir numerosos rasgos culturales y costumbres, facilitan su integración en el país de acogida.

Rasgos principales de la sexualidad de la población latinoamericana:

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La anticoncepción es responsabilidad de la mujer y se rechaza por el hombre.
- ✓ El método anticonceptivo más habitual suele ser el hormonal, que comienza a usarse al poco tiempo de comenzar una relación afectiva.
- ✓ El preservativo apenas se usa por rechazo de los varones.

- ✓ Tendencia a delegar la decisión en los/as profesionales.
- ✓ Interrupción del embarazo considerada un mal menor, poco deseable, pero se contempla como opción.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Idea de prevenir como “cuidarse”.
- ✓ Aunque hay información, no deriva en conductas seguras.
- ✓ Idea de “pareja estable” y “pareja decente” como medida de seguridad muy arraigada. Sin embargo, el 80% de las mujeres que se infectan lo hacen a través de su pareja.

Educación sexual:

- ✓ Educación sexual basada en la reproducción y la anticoncepción.
- ✓ En la escuela, basada en la información y la prevención de riesgos.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ Relaciones de pareja flexibles, con aceptación de las rupturas y de las nuevas relaciones prácticamente a cualquier edad.
- ✓ La homosexualidad es muy rechazada por una confusión entre orientación del deseo y rol sexual.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN MAGREBÍ

La población magrebí, más numerosa en España, es la proveniente de Marruecos. En general, se caracteriza por manifestar un profundo sentimiento religioso y el deseo de integrarse en el país de acogida. Mayoritariamente dominan el idioma español y los hombres, en mayor número que las mujeres, también manejan el idioma de la autonomía en la que residen.

La religión influye en su concepción de la sexualidad, sobre todo en aquellos grupos sociales que provienen de zonas rurales, siendo menos evidente esta influencia en los grupos que provienen de zonas urbanas.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La virginidad antes del matrimonio es un valor imprescindible en la mujer, mientras que en el hombre, aunque es deseable, no se exige.
- ✓ La maternidad es un valor que define a las mujeres y un don para los varones.
- ✓ La interrupción del embarazo es rechazada en cualquier caso.



Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ La idea de prevenir no tiene mucha cabida en origen: la enfermedad se entiende como fruto de la voluntad divina, por lo que no se puede prevenir. El VIH, sin embargo, se considera una enfermedad marginal, de la que es culpable quien la padece por haber hecho “lo que no debía”. Por lo tanto, hay cierta sensación de invulnerabilidad para quienes consideran que hacen las cosas “como Dios manda”.
- ✓ La principal estrategia de prevención que utilizan los hombres es mantener relaciones con mujeres vírgenes, que no hayan podido ser infectadas.

Educación sexual:

- ✓ La educación sexual no existe en las escuelas.
- ✓ En la familia se lleva a cabo un fuerte adoctrinamiento y educación en los valores del Islam con respecto a la sexualidad, muy estrictos y limitadores para ambos sexos.
- ✓ Se educa en unos roles sexuales muy encorsetados, que dificultan la comunicación entre hombres, entre mujeres y de unos con las otras.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ Relaciones de pareja rígidas, heterosexuales y para toda la vida. Con unos roles muy definidos de lo que es ser una “buena esposa” o un “buen esposo” y una “buena madre” o un “buen padre”.

- ✓ La homosexualidad es muy rechazada, especialmente en los hombres. Hay cierta confusión entre el rol que asume el hombre en la penetración anal y el grado de homosexualidad (si es penetrado es homosexual, pero si es quien penetra puede no serlo).
- ✓ La homosexualidad femenina está invisibilizada y el discurso oficial es que no existe.
- ✓ La prostitución es un recurso que se utiliza, pero que no se reconoce.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN SUBSAHARIANA

Nos referimos sobretudo a las etnias o comunidades más numerosas en nuestro país y con quienes más trabajamos: Senegal, Gambia y Nigeria. Pero también hablaremos de otras comunidades en las que la mutilación genital femenina está muy extendida o el riesgo de VIH es más alto, dentro del África subsahariana (Mali, Guinea, Sierra Leona, Botswana, Namibia, Swazilandia, Zimbabwe e incluso Sudán)



A pesar de que solemos hablar de características culturales según el país, la extraña división fronteriza de África hace que sea incorrecto considerar cada país como elemento cultural independiente. Sería más correcto referirnos a las comunidades o naciones, que en ocasiones se encuentra entre varios países y, otras veces, se encuentran distintas etnias con características muy diferentes entre sí dentro del mismo país.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La función reproductiva de la sexualidad es la más considerada. La maternidad y la paternidad son un valor, así como la fecundidad, por eso suelen tenerse muchos/as hijos/as sin atender a cuestiones socioeconómicas.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Debida a la alta prevalencia del VIH en África (9 de cada 10 nuevas infecciones se dan en este continente), hay un enorme interés por conocer las vías de transmisión, estrategias de prevención, etc.
- ✓ Hay una alta percepción de riesgo, en ocasiones desmesurada, puesto que entienden que las estrategias de prevención (como el preservativo) no son suficientes.

Educación sexual:

- ✓ En general y especialmente en el caso de las mujeres, la masturbación es rechazada. El placer, tanto en las comunidades con influencia islámica como en las que están influidas por el cristianismo, la sexualidad está muy ligada al pecado, la vergüenza y la culpa.
- ✓ Con respecto a la educación sexual de las mujeres, todo está atravesado por tabúes: desde los caracteres sexuales secundarios, hasta la menstruación o el contacto con el sexo opuesto. En las zonas rurales hay mucha mitología al respecto.
- ✓ Mientras los varones sí lo hacen, las mujeres no conocen sus genitales y mantienen una relación de rechazo con ellos (huelen mal, son impuros, no deben tocarse... Incluso suelen vincularlos al dolor a causa de la mutilación genital femenina).

Mutilación genital femenina:

- ✓ La mutilación genital femenina (MGF) incluye “todos aquellos procedimientos que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos o su alteración por motivos culturales u otras razones no terapéuticas (OMS, 1997)”.
- ✓ La mutilación genital femenina suele llevarse a cabo en condiciones poco higiénicas (a veces incluso en grupo, con el mismo utensilio para todas las niñas) o incluso a través de la celebración de una fiesta.
- ✓ No todas las etnias de los países en que se realiza, la llevan a cabo:
 - La practican: Mandingas, Sarahules, Fulas (Pular, Fulbé), Bámbara, Dogón, Edos, Awusa, Djola y Manyaco.
 - No la practican: Wolof y Serer.

- Nunca se ha practicado en países como: Marruecos, Jordania, Argelia, Siria, Libia, Túnez, Turquía o Arabia Saudí (por lo que no puede ligarse al Islam).
- ✓ Sólo en algunas etnias se lleva a cabo esta práctica.
- ✓ Las migraciones hacen que la MGF no sea un problema de África, puesto que afecta también a todos los países (también industrializados) donde hay población de estas comunidades.
- ✓ En España los primeros casos se detectaron en Cataluña (1993) y Palma de Mallorca (1996).
- ✓ Recibe otros muchos nombres: sunna, corte, escisión, circuncisión, ablación...
- ✓ Existen diferentes tipos, según el grado de extirpación que se produzca.
- ✓ El trabajo a llevar a cabo es de tres tipos:
 - Judicial: Legislar de forma que esta práctica se elimine.
 - Formativo: Capacitando a profesionales para detectar, tratar y prevenir esta práctica.
 - Educativo: Con la población en riesgo, para que entiendan las repercusiones físicas, psicológicas y sociales de esta práctica.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ En muchas de estas comunidades, la monogamia no es la forma más habitual de relación. Es el varón quien puede casarse con más de una mujer, ellas no.
- ✓ La fidelidad es importante en la mujer, pero no tanto en el hombre.
- ✓ La homosexualidad es muy rechazada.
- ✓ Los varones muestran un enorme interés en la búsqueda de estrategias de seducción y acercamiento hacia el otro sexo. Las mujeres, sin embargo, son mucho más recatadas, la seducción debe ser muy sutil y no deben mostrar interés por el placer o las relaciones eróticas.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN PROCEDENTE DEL ESTE EUROPEO



La población más numerosa en España es la proveniente de Rumanía, aunque en según qué zonas encontramos grupos numerosos provenientes de Ucrania, Bulgaria y Polonia. En relación con el sentimiento religioso, en general se dan dos posturas encontradas entre sí: un sentimiento profundo o bien un absoluto desinterés. Aun cuando llegan a España con un gran desconocimiento del idioma, tanto las mujeres como los hombres no tardan en aprender espa-

ñol, integrándose con facilidad en los usos y costumbres que son similares a los de su país de origen. Las mujeres muestran autonomía en sus relaciones. La religión no influye especialmente en su concepción de la sexualidad.

Maternidad/paternidad y anticoncepción:

- ✓ La anticoncepción es responsabilidad de la mujer.
- ✓ El método anticonceptivo más habitual suele ser el DIU, aunque también utilizan el hormonal.
- ✓ Las personas religiosas suelen ir vírgenes al matrimonio, aunque previo a este mantienen relaciones sexuales no coitales.
- ✓ El preservativo se usa pero sobre todo fuera de las relaciones de pareja estable.
- ✓ Tendencia a delegar la decisión en los y las profesionales.
- ✓ Interrupción del embarazo poco deseable, pero se contempla como opción.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Solo se contempla en las relaciones fuera de la pareja estable y por parte de los hombres.

- ✓ Aunque hay información, no deriva en conductas seguras.
- ✓ Idea de “pareja estable” como medida de seguridad muy arraigada. Sin embargo, un alto porcentaje de las mujeres que se infectan lo hacen a través de su pareja.

Educación sexual:

- ✓ Educación sexual basada en la reproducción y la anticoncepción.
- ✓ En la escuela, basada en la información y la prevención de riesgos.
- ✓ En las familias se aborda el tema con naturalidad.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ La fidelidad es importante en la mujer, pero no tanto en el hombre.
- ✓ La homosexualidad es rechazada por una confusión entre orientación del deseo y rol sexual.
- ✓ La homosexualidad femenina está invisibilizada.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN CHINA

La población china es seguramente la que menos conocemos en relación a otras culturas. Resulta difícil conseguir que se impliquen en actividades sociales, que participen de la vida pública de nuestro país y que se involucren con población que no sea china. No obstante, podemos apuntar algunas pinceladas a tener en cuenta.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La política del hijo único llevada a cabo en China desde los años 70 ha marcado su idea de la maternidad y la paternidad, que es considerada un lujo y algo muy selectivo.
- ✓ La desigualdad entre mujeres y hombres ha dado lugar a orfanatos llenos de niñas, en condiciones deplorables y sin apenas atención. Los varones, aunque también llenan estos centros, son preferidos por las familias cuando nacen.



✓ La anticoncepción es algo muy utilizado, responsabilidad de la mujer casi siempre, y en España, muy efectivo. No se conocen casos de abortos ni embarazos no planificados de población china en nuestro país.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

✓ La medicina china tradicional parte de principios muy diferentes a los nuestros,

por lo que la prevención que aquí llevamos a cabo no es demasiado aceptada por la población china. No obstante, el uso del preservativo no es tan dificultoso como en otras culturas.

- ✓ La estabilidad y la fidelidad en la pareja es la medida de prevención más utilizada.

Educación sexual:

- ✓ La educación sexual en las escuelas de china es muy escasa y reproductiva: la sexualidad se considera un ámbito muy íntimo de la persona y de la pareja y hablar de ello en público se considera inapropiado, de mala educación e irrespetuoso.
- ✓ Al no tener influencia de las religiones monoteístas mayoritarias (Islam, Judaísmo y Cristianismo) las prácticas sexuales no se viven desde la culpa, ni se tiene la idea de pecado. De hecho, en la sabiduría popular china se hacen referencias a las propiedades beneficiosas de las prácticas eróticas para la longevidad y el bienestar de los varones.
- ✓ También en la población china la mujer tiene un papel secundario y de sumisión con respecto al hombre.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Sabemos muy poco al respecto, pero suelen mantener relaciones estables y duraderas.

7. POBLACIÓN INMIGRANTE EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

La prostitución es un fenómeno presente en todo el mundo y que se extiende con las redes de explotación transnacionales, intereses económicos y flujos migratorios bajo la promesa de una vida mejor, y constituyendo una industria que ha crecido hasta volverse tan lucrativa como el tráfico de armas o de drogas.

La prostitución constituye una brutal violación de los derechos fundamentales - principalmente de mujeres y niñas -, es una realidad que crece entre las desigualdades sociales y económicas, los valores de supremacía patriarcal y el discurso del sexo como producto de consumo.

Prostitución y trata están interrelacionados, siendo la prostitución el objetivo principal de la trata de mujeres.

La Relatora Especial sobre los Derechos Humanos de las Víctimas de Trata indica en su informe que “la mayor parte de la **prostitución**, tal y como se practica actualmente en el mundo, suele reunir los requisitos para que pueda ser considerada trata (...), es raro dar con un caso en que los motivos que llevan a una persona a la prostitución, y las experiencias de esa persona dentro de la prostitución, no incluyan como mínimo un abuso de poder y/o un abuso de vulnerabilidad. En este contexto, poder y vulnerabilidad deben entenderse también desde la óptica de las disparidades basadas en el sexo, la raza, la etnia y la pobreza. Dicho de manera sencilla, el camino que lleva a la prostitución y a ese estilo de vida una vez que se ha caído en ella, raramente se caracterizan por el pleno ejercicio de derechos de las víctimas o la obtención de oportunidades adecuadas”¹.

Naciones Unidas define la **trata** como una forma de esclavitud moderna que consiste en el comercio ilegal de seres humanos a través de la fuerza, el fraude o la coerción para propósitos de explotación sexual comercial o trabajo forzado. Adopta una variedad de formas en cada región del mundo.

1. APRAMP.” La trata con fines de explotación sexual”. 2011. Págs. 38-39

Así, muchas mujeres son captadas por las redes internacionales de tráfico de personas bajo amenazas, el uso de la fuerza u otras formas de coacción, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o por la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Contraen supuestas *deudas* con sus captores (proxenetas), que nunca llegan a pagar. Al llegar al país de destino les retiran la documentación y les amenazan con hacer daño a sus familias si denuncian o escapan de la red. Suelen operar en clubes de alterne y son trasladadas de un lugar a otro periódicamente para que no *intimen* con la clientela (prostituidores).

Estas mujeres no tienen capacidad de decisión ni acceso a los servicios públicos ni se les permite relacionarse fuera de su entorno. Son especialmente vulnerables a contraer ITG, VIH y Sida, a embarazos no deseados, a abortos clandestinos y a sufrir violencia. El uso de anticonceptivos depende de la voluntad del cliente. Según sea su lugar de origen desconocen los riesgos a los que exponen su salud, así como la mayoría de los anticonceptivos. Conocen el preservativo masculino (sus compañeras les informan o en el mejor de los casos su proxeneta) pero desconocen otros métodos de barrera, como el cuadro de látex (en el sexo oral) o el preservativo femenino. Los proxenetas son los encargados de facilitarles, o no, los servicios de salud que consideran oportunos para la buena marcha de sus negocios.

España se ha convertido en uno de los principales países europeos de tránsito y destino de personas procedentes de la trata. Se sabe que, en el caso de la trata con fines de explotación sexual, la mayoría de las víctimas son mujeres de entre 18 y 25 años provenientes de Brasil, Bulgaria, Colombia, Ecuador, Nigeria, Ucrania, Rusia o Rumania principalmente. También mujeres de otras nacionalidades de países de Europa del Este, África Subsahariana y América Latina, siendo menos los casos localizados de mujeres asiáticas víctimas de este delito².

En nuestro país la prostitución no está prohibida ni las personas que la ejercen son perseguidas si bien el Código Penal (art. 188) castiga con penas de 2

2. RED ESPAÑOLA CONTRA LA TRATA. “Guía básica para la Identificación, Derivación y Protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación”. Editada por APRAMP. Pág 29

a 4 años de prisión a los proxenetas, es decir, a quienes obligan a una mujer a prostituirse y se lucran de lo que obtienen. Otro artículo de la misma ley (el 177 bis) tipifica el delito de la trata de seres humanos con diferentes finalidades, entre ellas la explotación sexual. Observamos penas muy bajas en relación a la gravedad del delito. Algunas ciudades han elaborado ordenanzas o leyes que sancionan el ejercicio de la prostitución en espacios de calle, sin embargo la prostitución es una realidad mucho más compleja, ejerciéndose en espacios muy diversos como pisos, clubes de carretera, redes...

Además del Código Penal, en 2008 el Gobierno de España aprobó el I Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual (2009-2011), en el que se define la trata de seres humanos para la explotación sexual y las múltiples formas de tráfico con fines de explotación sexual (prostitución, turismo sexual, compra de novias por correspondencia y matrimonios serviles). Posteriormente, en 2009, España ratifica el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la Trata de Seres Humanos, o Convenio de Varsovia de 16 de mayo de 2005, y en 2011 adopta el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos, mediante acuerdo por los Ministerios de Justicia, del Interior, de Empleo y Seguridad Social y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fiscalía General del Estado y el Consejo del Poder Judicial.

La prostitución es una manifestación más de violencia de género, que se ejecuta principalmente sobre las mujeres y niñas con grave riesgo para su salud. La medicina preventiva y la atención primaria han demos-



Cartel de la campaña de APRAMP

trado ser las medidas más eficaces y eficientes en la protección y promoción de la salud. Los diagnósticos tardíos conducen a su agravamiento y, en el caso de enfermedades transmisibles o infecciosas, constituyen un riesgo también para la salud pública.

No obstante, es importante entender la salud no solo como asistencia sanitaria sino también en relación a la sexualidad de las personas, del desarrollo humano y de su dignidad tal y como la define la Organización Mundial de la Salud: “La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexuado, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Presenta decisiva importancia, desde este punto de vista, el derecho a la información sexual y el derecho al placer”.

Por último, cabe señalar que la población de varones en situación de prostitución supone tan solo el 5% del total de personas dedicadas a la prostitución, excluyendo de este porcentaje a los transexuales, que rondan el 8% de la población total. Además, el porcentaje de clientela femenina es poco significativo, siendo mayoritaria la homosexual.

En cuanto al porcentaje de hombres inmigrantes en situación de prostitución, es bastante elevado en relación con los españoles, siendo mayoritariamente de procedencia latinoamericana - destacando Brasil -, búlgara, marroquí y argelina.

Las prácticas sexuales que realizan les hacen especialmente vulnerables a las ITG, el VIH y el sida. Otro factor que incrementa el riesgo a las ITG está relacionado con la percepción cultural y social de la sexualidad en la masculinidad y la homosexualidad masculina, altamente estigmatizada pero desde la consideración de que solo es *gay aquel que es penetrado y no quien penetra. Como consecuencia, en muchas ocasiones se mantienen relaciones de penetración anal sin protección (preservativo), al no considerarse necesario puesto que no se identifican a sí mismos como gays ni como prostitutas, estimando que el VIH es una infección que solo afecta a estos colectivos.*

8. ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LAS ACCIONES Y PROGRAMAS COMUNITARIOS

Por todo lo visto hasta ahora, para determinar qué enfoques estratégicos y metodológicos son más adecuados para incorporar la sexualidad en las actuaciones y programas comunitarios dirigidos a personas inmigrantes, debemos tener en cuenta que:

- ✓ El objetivo de esta guía es servir de apoyo al personal -profesional o voluntario- no experto que desarrolla su actividad en el ámbito de la inmigración.
- ✓ La sexualidad humana es un aspecto fundamental en la vida del ser humano y está reconocida como un DERECHO universal, cuyo único límite personal es el respeto al derecho de las demás personas a elegir su propia sexualidad y con quién quiere compartirla.
- ✓ La población inmigrante en España es multicultural y tiene diferentes costumbres y creencias que influyen en el desarrollo y la expresión de sus sexualidades.
- ✓ La población inmigrante en España tiene restringido el acceso a los servicios de salud en función de su situación administrativa.
- ✓ El impacto de los roles de género determina las distintas situaciones a las que se enfrentan cotidianamente las mujeres y los hombres inmigrantes, en relación con:
 - Segregación ocupacional (división sexual del trabajo).
 - Responsabilidades domésticas y de cuidados.
 - Uso de los tiempos.
 - Uso y disfrute de espacios y tiempos privados.
 - Redes afectivas de apoyo.
 - Acceso a la información.
 - Expresión de su erotismo.
 - Salud sexual y reproductiva.
 - Disponibilidad de recursos propios/Pobreza.

- Conocimiento del idioma del país de acogida.
- Violencia.
- ✓ El abordaje de la sexualidad, debido al *mandato de género*, afecta específicamente en las mujeres a causa de:
 - Aislamiento/Soledad.
 - Sobreesfuerzo/Cansancio.
 - Sobrecarga en cuidados y responsabilidades.
 - Auto-desconocimiento de su erótica/Inapetencia sexual.
 - Problemas de salud/Riesgo de contraer infecciones genitales a través de sus parejas.
 - Coerción de la expresión de su erotismo debido a las costumbres y creencias.
 - Embarazos no deseados / Desconocimiento o mal uso de anticonceptivos.
 - Violencia sexual y de género.

Atendiendo a todas estas cuestiones, precisamos de instrumentos que favorezcan el objetivo final de nuestra intervención en cada ámbito de competencia, que no es otro que generar **actos sustantivos** o, dicho de otro modo, *“propiciar cambios considerados deseables para que la vida de las personas mejore”*, en este caso contribuyendo a la mejora del desarrollo de la sexualidad de la población inmigrante por ser uno de los elementos que va a contribuir a su bienestar pues -recordemos-, según la OMS, es un aspecto fundamental en la vida del ser humano.

Así pues, lo primero que debemos tener en cuenta es que precisamos un marco estratégico que nos permita trabajar desvinculándonos de ideas y valores preconcebidos, teniendo como ejes transversales la interculturalidad, el género y los Derechos Humanos.

LA TRANSVERSALIDAD COMO ESTRATEGIA

La implementación de la interculturalidad, el género y los Derechos Humanos, como ejes transversales en nuestras acciones y programas comunitarios, supone tener en cuenta los valores, actitudes, costumbres y creencias que so-

bre la sexualidad tienen los diferentes grupos que componen la población inmigrante que, además, está integrada por mujeres y hombres cuyas actitudes, conductas y valores están determinadas por los roles de género que según de quien se trate facilitan o dificultan la vida de hombres y mujeres.

ENFOQUE INTERCULTURAL

Adoptar una perspectiva basada en el respeto a la diversidad cultural significa reconocer valores, creencias y estilos de vida culturales, y conlleva que mujeres y hombres tengan plena libertad para escoger su propia identidad sexual, sin que ni unas ni otros sean excluidos de ningún ámbito de desarrollo humano y, en particular, de la salud. Y es que para abordar la diversidad cultural se deben aplicar enfoques multiculturales, en los que la libertad cultural y el desarrollo humano requieran individuos libres tanto para elegir como para mantener sus propias identidades sexuales o para cambiarlas si así lo desean.

ENFOQUE DE GÉNERO

También denominado perspectiva de género o *mainstreaming* de género, ha sido definido por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC) como: "... el proceso de evaluar las implicaciones que tiene para hombres y mujeres cualquier acción que se planifique, incluyendo las de tipo legislativo, las políticas o los programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las experiencias y necesidades o intereses de hombres y mujeres una dimensión integral en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, sociales y económicas a fin de que hombres y mujeres se beneficien por igual y desaparezca la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad de géneros". Por su parte, el grupo de expertas y expertos del Consejo de Europa se refieren a él como "... la (re)organización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos y sociales para incorporar, por parte de los actores involucrados normalmente en dichos procesos, una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y fases de todas las políticas".

ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS



Taller de salud sexual para mujeres latinoamericanas impartido por UNAF

Este enfoque parte de una propuesta de Naciones Unidas para incorporarlo en la Cooperación Internacional al Desarrollo. Sin embargo, dado que hemos optado por los Derechos Humanos como marco de referencia normativa, consideramos necesaria su aplicación, por cuanto supone la forma de promover su realización – DDHH - en nuestro ámbito de competencia -inmigración- y mejorar así las capacidades del personal - profesional o voluntario - no experto en sexualidad, para que realicen su labor analizando las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad humana, para corregir las prácticas discriminatorias y superar los obstáculos que dificultan la expresión del erotismo y el acceso al bienestar personal y colectivo.

CÓMO APLICAR LA TRANSVERSALIDAD

La aplicación de estos enfoques -simplificando mucho- supone que en el diseño, elaboración e implementación de cada acción o programa, cuyo objetivo esté relacionado con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad debemos tener en cuenta:

Respecto a las personas o colectivos usuarios de nuestros servicios:

- ✓ Las características idiosincrásicas (costumbres, valores, creencias, etc.) y culturales relacionadas con la sexualidad humana del grupo inmigran-

te a quien nos dirijamos y cómo, en conjunto y separadamente, afectan a la libre expresión de las sexualidades de las personas que lo integran, a su salud en general, y en particular a la salud sexual y reproductiva de cada grupo.

- ✓ Cómo tales características determinan las actitudes y las conductas de mujeres y hombres hacia la sexualidad en cada uno de los espacios en los que se desarrolla la vida de las personas, y cómo éstas afectan a su salud en general, y en particular a su salud sexual y reproductiva.
- ✓ Si la idiosincrasia del colectivo y las actitudes derivadas de los individuos que pertenecen al mismo suponen una discriminación en materia de Derechos Humanos.

Respecto a las propuestas realizadas desde el desempeño de nuestra competencia:

- ✓ Si las acciones o los programas están planteados desde el respeto a la idiosincrasia del grupo o persona a quien va dirigido.
- ✓ Si las acciones o programas no contienen elementos discriminatorios por razón de sexo/género o si fomentan y perpetúan los roles de género.
- ✓ Si las acciones o programas se ajustan a las necesidades de las personas o de la comunidad.
- ✓ Si las acciones o programas propuestos vulneran de algún modo los Derechos Humanos o, por el contrario, los respetan.

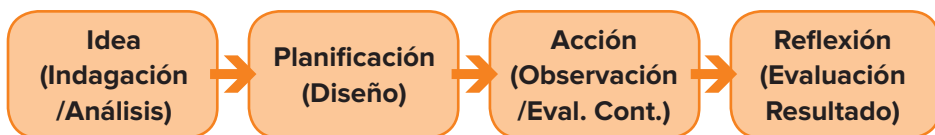
METODOLOGÍAS ACTIVAS PARTICIPATIVAS Y COLABORATIVAS

El trabajo con colectivos y con las personas que los conforman, sobre todo en un tema como la sexualidad humana que presenta tantas aristas en su abordaje, así como la implementación de cuestiones transversales, exige desarrollar programas y/o proyectos -de los que se derivarán acciones concretas-, aplicando metodologías participativas para que todos los actores implicados (profesionales, voluntariado; personas usuarias; personal experto en sexología, medicina, educación, psicología, etc.) participen, personal o colectivamente, total o parcialmente, directa o indirectamente, en el proyecto de forma activa. Para ello, hemos seleccionado dos metodologías que se pueden utilizar, indistinta o conjuntamente, entre profesionales y voluntariado -expertos y/o

no expertos en sexualidad-; entre personas del colectivo inmigrante – pertenecientes al mismo o distinto grupo poblacional; entre profesionales y personas usuarias conjuntamente. Nos referimos a la investigación-acción y a los grupos dialógicos.

LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Es una metodología participativa, “una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar”. La investigación-acción tiene cuatro momentos:



- ✓ **Idea:** hace referencia al lugar del que partimos para desarrollar un programa o una acción. En nuestro caso sería implementar la sexualidad y/o la salud sexual y reproductiva como tema en programas sociales no específicos. A la idea debemos llegar a partir de la recogida de necesidades o de detección de las mismas o porque se nos induzca a ello. La idea requiere una indagación previa de fuentes primarias (personas y profesionales) o secundarias (documentos).
- ✓ **Planificación:** es la acción organizada y, necesariamente, debe anteceder a la acción. La acción descrita en el plan o proyecto debe estar informada en dos sentidos: por una parte, debe tener en cuenta los riesgos que conlleva y reconocer las limitaciones de todo tipo (en el caso que nos ocupa, por ejemplo la imposibilidad de acceso a la salud pública de la población inmigrante sin papeles, o el choque cultural en relación a planteamientos relativos a la expresión de las sexualidades, por citar otra posibilidad); por otra parte, la acción elegida debe permitir a las y los profesionales actuar más eficazmente sobre un abanico más amplio de posibilidades y circunstancias.

- ✓ **Acción:** es el acto de la implementación, de la práctica. Pero en el contexto de investigación-acción se tiene en cuenta el tiempo real y las limitaciones (materiales, conceptuales, etc.) a las que se enfrenta. Por ello, debe ser fluida, dinámica y estar abierta a cambios, ya que cuando trabajamos con personas la interacción puede derivar en un desarrollo diferente de la acción planificada. Ello requiere observar sus impactos y evaluar sus efectos de manera continua.
- ✓ **Reflexión:** evalúa y rememora la acción tal y como haya quedado registrada a través de la observación o de la evaluación continua. La reflexión hace referencia al análisis de los resultados con la pretensión de hallar el sentido de los procesos, los problemas y los obstáculos que han ido emergiendo durante la acción. Se ve ayudada por el diálogo entre participantes. La reflexión, en su carácter de evaluación finalista, permite a las y los expertos juzgar si los efectos encontrados son los deseados, aportando información para rediseñar, a partir del análisis de los resultados, una nueva acción mejorada.

Contrariamente a lo que pueda parecer, la investigación-acción no es un proceso circular sino espiral pues la planificación, la acción, la observación y la reflexión van produciendo cambios rigurosos y sustantivos, a partir de la participación colaborativa de los sujetos que actúan y a través de una información “informada”, es decir contrastada, contribuyendo a que se produzcan mejoras respecto de la situación de partida.

LOS GRUPOS DIALÓGICOS

Se trata de una metodología de trabajo cooperativa y participativa, en la que no sólo se incrementan y diversifican las interacciones entre las y los profesionales, sino que favorece el intercambio de experiencias y conocimientos entre iguales. Los grupos dialógicos se basan en la idea de un trabajo grupal que integra los valores de solidaridad y de interrelación. El objetivo común es el de compartir vivencias y/o conocimientos, a través de las experiencias individuales puestas en común, logrando una mayor empatía y comunicación con/entre las personas participantes, además de encontrar elementos de convergencia que permitan desarrollar criterios comunes y transferirlos a cada ám-

bito de competencia y/o referencia. Los grupos dialógicos permiten, además, crear redes fuertes que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las personas participantes y de los colectivos a los que pertenezcan, partiendo de la reciprocidad, el respeto, la escucha y la confianza. Cada participante pone en el trabajo de equipo sus conocimientos y su diversidad, que comparte con las demás personas en beneficio de una meta común. Los progresos del grupo repercuten en los progresos de cada persona que lo compone. De la misma manera, las aportaciones efectuadas por cada individuo, permitirán al grupo lograr los objetivos que se haya fijado.

Resaltamos el carácter participativo de este modelo de interacción donde los grupos se convierten en verdaderos laboratorios de **producción teórica y experiencial**. Ahora bien, hay que tener en cuenta que cuando utilizamos una metodología participativa se asumen riesgos pues en el trabajo colectivo surgen variables que no controlamos. El proceso de aprendizaje se realiza a partir de la construcción intelectual y vivencial de cada una de las personas que integran el grupo. No se trabaja sobre contenidos cerrados, sino que se basa en el proceso socrático del diálogo y el razonamiento, conocido como “Mayéutica” (consiste en que cada persona participante, cuando pregunta en lugar de obtener una respuesta cerrada es respondida por la persona experta que dirige el grupo con otra pregunta hasta que la propia persona alcanza la respuesta por sí misma). Se trabaja desde la razón y el conocimiento, pero también desde la vivencia de cada experiencia subjetiva del proceso vital desde la condición, en este caso, de hombres y mujeres migrantes y profesionales.

Los principios metodológicos del aprendizaje dialógico son:

Diálogo igualitario. Se basa en la contribución realizada por las personas participantes, donde la importancia reside en los argumentos y no en el estatus de la persona que la realiza. Se supera así la exclusión de los grupos de quienes no manejan un lenguaje experto ni quienes no participan de los valores adscritos a la cultura dominante en el grupo.

Inteligencia cultural. Todas las personas tienen una inteligencia cultural adquirida a lo largo de su experiencia de vida y que expresan a través de las interacciones. Este principio reconoce toda la forma de inteligencia, incluyendo la práctica, la teórica y las interacciones comunicativas verbales y no verbales.

De este modo los objetivos y los conocimientos se crean a través de las distintas experiencias, formas de conocimiento y puntos de vista.

Transformación. Las personas como agentes humanos pueden interactuar con el medio para transformarlo. La concepción transformadora de la práctica social reconoce que tanto los hombres como las mujeres son sujetos de cambio y no objetos a cambiar.

Dimensión instrumental. El diálogo incluye el aprendizaje de los contenidos que son útiles para la práctica social y humana como la comunicación, el liderazgo, las redes o la planificación.

Creación de sentido. Dando cuenta de la utilidad de los contenidos y las herramientas prácticas para desarrollar y dar cumplimiento al objetivo perseguido.

Solidaridad. Es el eje que guía los grupos dialógicos donde todas las personas participantes aprenden de todas, empoderándose al dotarse y serle reconocida una autoridad que les permitirá confrontar los obstáculos y las barreras culturales y sociales.

Igualdad de las diferencias. Hace referencia al reconocimiento del derecho a la diversidad en todos los aspectos de la vida: sexualidad, trabajo, familia, ocio, asociacionismo, actividad pública, trabajo, cuidados, etc.

Confianza, escucha y respeto. Para su desarrollo, es necesario que se genere un ambiente de confianza en el que cada persona participante se sienta escuchada y respetada, formulándose ideas y vivencias en libertad. Una vez que termina la sesión, todo lo que allí se haya expresado forma parte del grupo. Por decirlo de alguna forma, existe un pacto de confianza implícito entre los y las participantes en cada grupo por el cual se expresan “sin riesgo”.

El lenguaje es una herramienta que permite ahondar en el pensamiento y objetivar las situaciones vividas individual y colectivamente como hombres y mujeres migrantes en el ámbito y dimensión pública, privada y doméstica. Por ello, es necesario que los grupos dialógicos estén integrados por personas que tengan un buen manejo del idioma español.

Caracterización y funcionamiento de los grupos

- ✓ **Los grupos estarán formados por personas con recorridos muy diferentes.** No se trata de estar de acuerdo en todo, ni se debe pretender convencer a nadie de que cambie su punto de vista. Cada participante es libre de construir su pensamiento y de emitir sus juicios de valor como lo estime oportuno y este aire de “no uniformidad” debe quedar reflejado en las conclusiones.
- ✓ **Nuestro papel experto es transmitir información-informada** a través de increpar, desde la empatía y el respeto, sobre aquello que se formule o responder responsablemente a lo que se nos demande.
- ✓ **Cada participante parte de experiencias diferentes,** tiene ritmos e intereses diversos y, si bien el grupo es un gran apoyo para desarrollar la cooperación, no puede imponerse un proceso de diálogo homogéneo.
- ✓ **Grupos poco numerosos.** En cada grupo no deben participar más de 10 personas.
- ✓ **Hay tantos estilos de interlocución como personas** forman parte del grupo de diálogo.
- ✓ **Las personas participantes deben estar informadas** en todo momento del proceso: cuáles son los objetivos, en qué estamos trabajando, cómo lo haremos. Cada participante se involucrará más si se sienten correctamente informadas e informados.
- ✓ **Desarrollar acciones de atención individualizada** en la que favorezcamos un auto-concepto positivo y diferenciado. Si partimos del hecho de que cada persona participante es única, su personalidad debe resaltar y no perderse en el colectivo. Observaremos a menudo que hay personas que tienen menos miedo a hablar en público y que automáticamente acaparán la palabra. En estos casos, como responsables de la dinámica del grupo, deberemos ser muy prudentes y ecuanímenes en los turnos de intervención y los tiempos concedidos de modo que cada participante tenga la oportunidad de expresarse a su ritmo, ocupando su propio espacio en el seno del grupo.
- ✓ **Subrayar los logros alcanzados.** Es muy importante valorar el conocimiento individual de cada participante, sus aportaciones y su experiencia y también es fundamental destacar el trabajo desarrollado en el propio grupo. Cada persona participante debe ser escuchada y valorada

porque todas las opiniones cuentan. De esta forma se fomenta que cada participante se exprese con profundidad y participe activamente. En todos los grupos hay personas que tienen más facilidad que otras para comunicarse verbalmente; depende de nuestro grado de autoestima, de la experiencia que tengamos o de lo que queramos transmitir pero también del grado de confianza que cada persona necesita para atreverse a comunicar. El proceso grupal atiende a las necesidades de todas las personas, por esta razón tendremos que prestar especial atención a quienes necesiten un mayor clima de confianza para compartir con el grupo o respetar su deseo de no hacerlo.

- ✓ **Los silencios pueden ser positivos.** Hay silencios que dicen mucho más que las palabras si se saben interpretar. Hay silencios de respeto, de complicidad, de reflexión intensa, de emociones compartidas... En este punto, es fundamental hacer referencia al lenguaje no verbal: fijémonos en el comportamiento, el componente gestual, aprendamos a mirar y a interpretar las actitudes, las expresiones de la cara, las posibles muestras de preocupación, de angustia o -¿por qué no?- de aburrimiento que puedan reflejar las caras y las actitudes corporales de quienes se han embarcado en el proceso del trabajo grupal.
- ✓ **Respetar los códigos culturales de las personas participantes.** Se suele hablar de culturas del respeto -consideradas como distantes-, y de otras de la solidaridad -consideradas invasivas-. Si tenemos cierta experiencia de trabajo con grupos diversos, habremos observado que, por ejemplo, algunas culturas se tocan más, se arriman más al sentarse, acortan la distancia física al saludarse. Otras, al contrario, mantienen una distancia prudencial, con tal de no invadir el territorio de la otra persona, como si cada individuo hablara desde su propia burbuja de aire. Sirva de ejemplo la costumbre que tenemos en España de besarnos para saludarnos y que no es compartida por la ma-



Mujer africana junto a formadora de UNAF

yoría de las personas del resto de Europa que prefieren estrecharse la mano o la costumbre oriental de evitar tocarse saludándose mediante una leve inclinación respetuosa del cuerpo ante la otra persona. Todos estos datos nos serán de gran utilidad para que cada quien se sienta a gusto en el espacio negociado.

- ✓ **Integrar los conocimientos de cada participante del grupo.** En todos los ámbitos comunitarios, es fundamental partir de las vivencias individuales, pero en la interacción entre colectivos migrantes más aún. Si el grupo es heterogéneo la experiencia será aún más enriquecedora. Debemos, pues, valorar nuestra experiencia y la experiencia de las demás personas, así como reconocernos en la complicidad y aprender aquellos aspectos que nos identifican como colectivo humano -hombres y mujeres migrantes- a partir de la puesta en común de lo que nos ha ocurrido en el espacio público, privado y doméstico.
- ✓ **Respeto a la diversidad,** a la vez que nos identificamos con una causa común como hombres y mujeres migrantes, podremos construir un pensamiento crítico en relación con la sexualidad humana y los conceptos adquiridos a través de la cultura, las costumbres, las creencias y los estereotipos de género, que nos permitirá ejercer nuestro derecho a expresar nuestro erotismo, a reconocer en nuestro cuerpo la capacidad de sentir y dar placer, a respetar las sexualidades y la posibilidad de planificar nuestros embarazos y la anticoncepción... en definitiva, a desarrollar una vida sexual saludable y satisfactoria que nos aporte bienestar tanto a nosotras y nosotros mismos, como a nuestras parejas, nuestras familias y nuestras relaciones.

La participación: desde nuestra experiencia queremos dejar constancia de que son las mujeres quienes más participan en las dinámicas grupales, luego habrá que articular estrategias específicas para crear grupos de trabajo (diálogos o de investigación-acción) de hombres. Así mismo, constatamos que para que los grupos de trabajo funcionen es conveniente que hombres y mujeres trabajen en grupos separados para que puedan comunicarse con mayor libertad. Del mismo modo y por la misma razón, es conveniente que las y los profesionales y el voluntariado participante sean del mismo sexo que el de las personas inmigrantes que conformen cada grupo.

9. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Conocer más en profundidad cómo viven la sexualidad en las distintas culturas que conviven en España es una asignatura pendiente. Los estudios y las investigaciones, cuantitativas y cualitativas, son todavía escasas y es poco significativo el número de publicaciones de referencia. En este país guardamos aún memoria del sufrimiento que supuso para la vida de hombres y mujeres de varias generaciones que la sexualidad fuera tratada como un tabú, que estuviera limitada y constreñida por las costumbres más rancias, las tradiciones más conservadoras y las creencias más fundamentalistas. También guardamos memoria de lo que supuso para el país el fenómeno migratorio que, lamentablemente, se ha actualizado como consecuencia de la crisis. Por todo ello, consideramos que es imprescindible impulsar la investigación, realizar programas y acciones, publicar y difundir experiencias y conocimientos que profundicen en la atención hacia la sexualidad en personas inmigrantes. Así mismo, es necesario interactuar con profesionales de diferentes ámbitos y disciplinas (profesionales de la educación, la medicina, la psicología, la antropología, la sociología, el trabajo social, la sexología, etc.) y con diferentes organizaciones, públicas y privadas, para intercambiar experiencias que nos permitan reflexionar conjuntamente y articular medidas integrales de abordaje sobre cómo se afronta la sexualidad en la población migrante y cuáles son sus impactos respecto a su salud, su calidad de vida y su bienestar. Así mismo, sería interesante analizar los factores que promueven el escaso uso de los, ahora también escasos, servicios de salud, de atención en sexualidad y de servicios de atención, orientación y asesoramiento, en general, en lo que respecta a determinadas poblaciones (por ejemplo la china) o a los hombres.

No debemos olvidar que trabajar la sexualidad exige comprender que la sexualidad abarca mucho más que lo genital y lo reproductivo. La sexualidad está imbricada con las relaciones personales, de pareja y amorosas, con la búsqueda y el disfrute del contacto físico, con amar simplemente, y con amar y gozar, con la autoestima, con la imagen corporal, con los roles de género, con la propia identidad como hombre o como mujer, con las habilidades sociales, con la erótica del cuerpo...en definitiva: con la vida.

Debemos prestar, pues, atención a la sexualidad, cualquiera que sea nuestro ámbito de referencia y desempeño, por cuanto supone contribuir a que las



personas se conozcan, se acepten y vivan bien, en sus relaciones sexuales y en sus relaciones afectivas, como mujeres y como hombres únicos e irrepetibles. Debemos poner en marcha recursos (formativos, informativos, divulgativos, etc.) para que cada persona aprenda a conocer

sus genitales y su cuerpo, y su manera de sentir, gozar y amar, a aceptarse y gustarse lo más posible, con independencia de si la expresión de su erotismo es aceptada, o no, por las convenciones sociales ¡ese debe ser nuestro empeño! Empeño que desarrollamos cuando, como profesionales prestamos escucha a las mujeres y hombres inmigrantes, cuando nos preocupamos de cómo se sienten y qué necesitan, cuando les atendemos en sus trámites, les ayudamos en su comprensión del funcionamiento de la burocracia en España (acceso al sistema sanitario, a recursos asistenciales, formativos, de mediación...), cuando les transmitimos que la sexualidad es algo que tiene que ver con la calidad de vida y que pueden recibir atención al respecto (no solo en cuanto a lo sanitario y reproductivo), cuando les derivamos hacia profesionales que pueden dar atención a sus problemas específicos, cuando creamos espacios o actividades de ocio que fomentan el intercambio y las relaciones interpersonales, cuando difundimos información sobre sexualidad a través de carteles, octavillas o folletos que colocamos en los lugares más visibles de nuestro centro de trabajo o de la ONG con la que colaboramos, cuando organizamos jornadas, seminarios, cursos, talleres, charlas, cuando facilitamos la creación de redes afectivas proponiendo actividades grupales (concursos de cocina, exposiciones de fotografía, de artesanía realizada por las personas inmigrantes, grupos de teatro, etc.) vertebradas en torno a la sexualidad...

El enfoque que demos a la sexualidad ha de ser positivo, no se debe plantear como problema y debe tender a romper los estereotipos y los modelos de

belleza mediáticos que nos constriñen y limitan, sobre todo a las mujeres. Y esto debemos trasladarlo fomentando la educación sexual porque todos los hombres y mujeres la necesitan, con independencia de cuál sea su actividad sexual o de si muestran mucho o poco interés por el tema. Los objetivos de educar y atender la sexualidad nos tienen que permitir trabajar con todas las sexualidades de todas las personas, facilitando la expresión de cada erótica de manera satisfactoria y evitando caer en las mismas trampas que pretendemos soslayar: considerar la sexualidad como algo negativo y reducir la sexualidad al coito o la reproducción. Porque la sexualidad está en todo el cuerpo, así que habrá que conocer todo el cuerpo, hablar de la piel, de la sensibilidad, del bienestar. Conocerse es conocer también las diferencias. Es aprender que somos únicos e irrepetibles. Como hombres y como mujeres. Educando y atendiendo la sexualidad debemos procurar que hombres y mujeres aprendan a aceptarse, que aprendan a reconocerse como personas dignas de ser queridas; a estar satisfechas de ser como son, a sentir que merecen la pena, a reafirmarse como verdaderos hombres y verdaderas mujeres cualquiera que sea su opción y sus maneras de expresar su sexualidad. Debemos contribuir a que cada persona encuentre su respuesta, a que tome sus propias decisiones, porque nadie mejor que una o uno mismo sabe lo que le conviene, lo que desea, lo que le satisface, teniendo siempre como límite el respeto al otro o a la otra, a sus deseos, a sus decisiones. En definitiva: tenemos que potenciar procesos de empoderamiento.

ALGUNOS APUNTES PARA AFRONTAR LA SEXUALIDAD EN NUESTRO DESEMPEÑO

Lo primero que debemos tener presente es que la migración es una situación compleja y a veces emocionalmente costosa por las separaciones, soledades y complicaciones vitales que conlleva, por ello es importante:

- ✓ **Mantener una *actitud de escucha*:** atendiendo a lo que se nos dice y, en la medida de lo posible, **empatizar** con la persona que tenemos delante.
- ✓ **Derivar:** las y los profesionales que trabajamos con población inmigrante no podemos ser especialistas en todo y no podemos cubrir todas las necesidades posibles, ni podemos orientar en todos los campos

existentes. Por ello es importante contar con recursos de derivación y tener siempre presente que en muchos casos nuestra función (nada desdeñable) consistirá en derivar al recurso adecuado. Una función de gran importancia.

- ✓ **Reconocer nuestros límites** y ajustar las propuestas programáticas a los tiempos, recursos y espacios de los que dispongamos, buscando alianzas con otras organizaciones que puedan desarrollar tareas específicas (asociaciones que trabajen con personas en situación de prostitución, que repartan preservativos, que realicen actividades grupales, etc.) que complementen nuestro trabajo y nos ayuden a cubrir nuestros objetivos.
- ✓ **Enfatizar sobre lo importante**, respondiendo a preguntas sobre salud, relaciones personales, e incluso otros temas de su vida (económicos, laborales...), cuando sea pertinente. Sacar a colación, aunque no pregunten, los distintos servicios que existen en la comunidad a los que pueden acceder (vida laboral, trámites burocráticos, salud, y concretamente salud sexual y reproductiva).
- ✓ **Reconocer públicamente que no sabemos todo:** decir “no lo sé” no es sinónimo de incompetencia sino, por el contrario, de responsabilidad. Pero un “no lo sé” lleva incorporada la búsqueda de la respuesta, que puede ser aplazada, o de la indicación del lugar o la persona que pueda darla.
- ✓ **Informar sobre los derechos sexuales y reproductivos**, de la misma manera que se informa sobre otros derechos ciudadanos.
- ✓ **Visibilizar la sexualidad como materia de trabajo:** promoviendo el diálogo sobre sexualidad, sin forzarlo, especialmente si trabajas con mujeres inmigrantes, dotar de un espacio y un tiempo que les permita establecer relaciones amistosas, comunicarse y hablar, es dar un paso importante hacia su bienestar general y hacia la mejora de su salud sexual y reproductiva.
- ✓ **Potenciar la creación de redes:** los talleres que organizan algunas ONG resultan muy “gratificantes” para una gran mayoría de mujeres in-

migrantes además de por sus contenidos o las habilidades que desarrollan, por las posibilidades de relacionarse y establecer vínculos.

- ✓ **Abordar la sexualidad como un tema más**, en el contexto de conversaciones y/o situaciones de asesoramiento sobre salud, higiene, igualdad de género, derechos humanos, derechos y deberes de la ciudadanía, habilidades sociales, recursos que ofrece su comunidad...
- ✓ **Respetar la diversidad sexual**, reconociendo que los gustos y las ideas son variadas. Cada persona tiene el derecho de mantener sus propias creencias con respecto a la sexualidad, así como a mantenerlas prácticas que considere oportunas. El único límite a la libertad personal en materia de sexualidad es el derecho de la otra persona.
- ✓ **Respetar la diversidad cultural**, pues toda cultura tiene el derecho de construir su propia visión de la sexualidad, siempre dentro del marco de respeto a los derechos humanos. Este respeto no es incompatible con el análisis y la reflexión sobre las posibilidades que abren (o cierran) las distintas ideas sobre sexualidad, en cada cultura, incluida por supuesto la nuestra. Las ideas nacen, crecen, evolucionan o se modifican... Con las ideas, pueden avanzar (o retroceder) las culturas del mundo.
- ✓ **Aprovechar cualquier contexto y oportunidad**, para introducir el tema de la sexualidad (en charlas sobre salud, autoestima, habilidades sociales y familiares, de ciudadanía...). Cualquier contexto en el que exista una relación de cierta confianza y un ambiente relativamente distendido puede dar lugar a tratar temas de salud sexual. Por ejemplo, las clases de español son una buena forma de abordar el nombre de las distintas partes del cuerpo e iniciar un diálogo sobre el cuerpo, las relaciones entre hombres y mujeres, la fecundidad, la maternidad/paternidad...dejando el campo abierto a posibles preguntas (cuya respuesta en ocasiones se tendrá que derivar al especialista correspondiente) o a facilitar información sobre recursos en materia de salud sexual. Si oyen hablar de temas relacionados con la sexualidad, aprenderán de todo o que se les cuente, pero sobre todo aprenderán que “pueden contar con nosotros o nosotras” también en este tema. Es mucho más fácil hablar de sexualidad con quien ha oído hablar del tema.

- ✓ **Es preciso recordar** que no es posible una sexualidad satisfactoria y feliz si ciertos aspectos básicos de la vida de la persona no están resueltos. La atención, apoyo y -en caso necesario- la derivación, para solventar cuestiones referentes a situación legal, social, laboral, de relaciones humanas... es especialmente importante cuando trabajamos con el colectivo inmigrante.

EL ACCESO A LOS RECURSOS ACTIVA EL PROCESO DE EMPODERAMIENTO

Cada día aparecen nuevos impedimentos laborales, personales o burocráticos que dificultan el acceso de la población inmigrante a los recursos de atención en sexualidad. Acceso que se complica por la propia estructuración del servicio (masificación, listas de espera...). A estas dificultades hay que sumar el desconocimiento de la existencia del recurso por parte de la población potencialmente beneficiaria, o, aun conociendo su existencia, considerar que el recurso no está a su alcance. Otro obstáculo es que buena parte de la población migrante, sobre todo las mujeres no se sienten sujetos de derecho.

Así las cosas, tenemos que ser conscientes de que al facilitar el acceso a los recursos dándole un enfoque adecuado, no un simple listado de direcciones, estaremos potenciando el empoderamiento ciudadano de la población migrante. Por ello, es importante que profesionales y voluntariado dispongamos de nuestra propia agenda de recursos. Una agenda informada en la que conste quién hace qué, cómo lo hace, para qué lo hace, por qué lo hace, hacia quién se dirige, etc., porque no todos los recursos existentes son acordes con los fines que perseguimos que se sostienen sobre el respeto a los derechos humanos, la igualdad efectiva de mujeres y hombres, el reconocimiento de la diversidad y la libertad de las personas. Así mismo, es importante recabar información sobre las normas de acceso (horarios, cita previa, etc.) y uso de cada servicio (respetar y cuidar las instalaciones, respetar turno, puntualidad, respeto al personal de atención, etc.) y trasladar esta información a la población migrante, además de las normas, usos y códigos de cortesía y urbanidad que priman en nuestra cultura y que le facilitarán el acceso a los recursos (por favor, gracias, saludar al llegar y marchar, etc.). Disponer de esta información *informada*, aportará un plus de calidad a nuestro trabajo.

10. ALGUNOS RECURSOS SOBRE SEXUALIDAD

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)

C/ Alberto Aguilera, 3 – 1 Izq
28015 Madrid
Tfnos.: 914 463 162 / 914 463 150
Email: unaf@unaf.org
Web: www.unaf.org

Asociación Salud y Familia

Tfno.: 932 682 453 / 932 683 600
Email: saludyfamilia@saludyfamilia.es

Asociación de Mujeres para un Envejecimiento Saludable - AMES

Tfnos. 696 775 730 699 336 901
Email: ames.asociacion@gmail.com

Asociación de familias LGTB- FLG

Tfnos. 645 318 860
Email: familieslg@familieslg.org

Asociación Familias Homoparentales GALESH

Email: info@galesh.org
Web: www.galesh.org

INFORMACIÓN VIH-SIDA Y OTRAS ITS

Servicio de atención a personas inmigrantes. Hospital Ramón y Cajal.

Unidad de Medicina Tropical. Enfermedades infecciosas
Tfnos.: 662 027 765 / 913 368 000 ext. 7952
Email: ignacio.pena@saludentreculturas.es

Servicio Multicanal de Información y Prevención del VIH

Tfno.: 900 111 000 Horario de atención: De lunes a viernes de 10:00h a 20:00h (excepto festivos) y sábados y domingos de 9:30h a 14:30h.
Email: informacionvih@cruzroja.es
Web: www.cruzroja.es/vih

INFORMACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO

Asociación Salud y Familia

Tfno.: 932 682 453 / 932 683 600

Email: saludyfamilia@saludyfamilia.es

Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (FAMSD)

Tfno.: 914 418 560/55

Email: info@separadasydivorciadas.org

Federación de Mujeres Progresistas (FMP)

Tfno.: 900 502 091

Email: fmp@fmujeresprogresistas.org

Fundación de Familias Monoparentales Isadora Duncan

Tfno.: 987 261 449

Email: info@isadoraduncan.es

INFORMACIÓN SOBRE TRATA

Policía Nacional - Asistencia a víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual y laboral

Tfno: 900 105 090 (24 horas)

Email: trata@policia.es

Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida (APRAMP)

Tfno: 91 5303287 (de 10 a 20 h de lunes a viernes)

Tfno emergencias: 609 589 479 (24 horas)

11. BIBLIOGRAFÍA

- APRAMP:** *La trata con fines de explotación sexual*. 2011
- Calvo, Adelina, García, Marta y Susinos, Teresa:** *Mujeres en la periferia*. Icaria. Barcelona, 2006
- Calvo, Josefina y Goicoechea, M^a Ángeles:** *Miradas multidisciplinares para un mundo en igualdad*. Universidad de la Rioja. Logroño, 201
- Cobo, Rosa (ed.):** *Interculturalidad, feminismo y educación*. Catarata. Madrid, 2006
- Defensor del Pueblo:** *La trata de seres humanos en España: Víctimas invisibles*. Madrid, 2012
- Gil Gómez, Alicia:** “Campo metodológico: propuestas metodológicas, dinámicas, técnicas e instrumentos cualitativos aplicables en un sistema de cambios”, Vol. I, cuaderno 3. En *¿Qué queremos decir cuando hablamos de...?*. Universitat Jaume I. Castellón, 2001.
- Gilligan, Carol:** *El nacimiento del placer*. Paidós. Barcelona, 2002
- Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS):** *Mainstreaming de Género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas*. Instituto de la Mujer. Madrid, 1999
- Kemmis, Stephen y McTaggart, Robin:** *Cómo planificar la investigación-acción*. Laertes. Barcelona, 1992.
- Lameiras, María; Carrera, M^a Victoria y Rodríguez, Yolanda:** *Sexualidad y Salud*. Universidad de Vigo. Vigo, 2013
- Mañas, Carmen (coord.):** *Violencia estructural y directa: mujeres y visibilidad*. CEMU, Universidad de Alicante. Alicante, 2005
- Méndez, Elvira:** *La zona gris de la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes*. Barcelona, 2010
- Muruaga, Soledad y Pascual, Pilar:** *La psicoterapia de equidad feminista. La salud mental de las mujeres*. AMS. Madrid, 2013
- Puigvert, Lidia y Redondo, Gisela:** *Feminismo dialógico: Igualdad de las diferencias, libertad y solidaridad para todas* en Giró, Joaquín. El género quebrantado. Ed Catarata. Madrid, 2005.

Red Española contra la trata: *Guía básica para la identificación, derivación y protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación.* APRAMP. Madrid, 2009.

Soriano, Encarnación (coord.): *La mujer en la perspectiva intercultural.* La Muralla. Madrid, 2006

Stenhouse, Lawrence: *La investigación como base de la enseñanza.* Morata. Madrid, 1993

Vals-Llovet, Carme: *Mujeres, Salud y Poder.* Cátedra. Madrid, 2009

VV AA: *Su sexualidad también es importante. Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes.* UNAF. Madrid, 2012

VV AA: *Jornadas UNAF Sexualidad e Inmigración 2007-2009, Conclusiones.* UNAF. Madrid, 2009

VV AA: *La prostitución: claves básicas para reflexionar sobre un problema.* APRAMP/ Fundación Mujeres. Madrid, 2005.

Documentación complementaria:

- Cuaderno del taller de salud sexual de UNAF
- Registro de los grupos dialógicos realizados con la Asociación de Mujeres Interculturales de Castellón, AMUINCA
- Notas del Grupo Investigación, Análisis y Trabajo sobre prostitución de la FIO-UJI, dirigido por Alicia Gil Gómez, en 2004
- *Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos* adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia.



unión de asociaciones familiares

C/. Alberto Aguilera, 3 -1º izda

28015 Madrid

Tlf.: 91 446 31 62 // 50 - Fax: 91 445 90 24

unaf@unaf.org

www.unaf.org

Blog Salud sexual en clave cultural



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

**Trabajamos por el bienestar
de las familias**



UNIÓN EUROPEA

**FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN**

Por una Europa plural